

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

Fakulta tělesné výchovy a sportu

Katedra fyzioterapie

DESKRIPCE FYZIOTERAPEUTICKÉHO POSTUPU U
PACIENTŮ S CERVIKOKRANIÁLNÍ SYMPTOMATIKOU
LÉČENÝCH PRO NEUROTICKOU PORUCHU
V PSYCHIATRICKÉ LÉČEBNĚ BOHNICE

diplomová práce

Vedoucí práce:

Mgr. Jitka Čemusová

Vypracovala:

Bc. Jana Šavelová

Praha duben, 2007

SOUHRN

Název: Deskripce fyzioterapeutického postupu u pacientů s cervikokraniální symptomatikou léčených pro neurotickou poruchu v Psychiatrické léčebně Bohnice

Název v angličtině: Description of physiotherapeutic process of patients with cervicocranial symptomology treated for neurotic disorder in psychiatric clinic Bohnice

Cíle práce: Cílem práce je, na základě popisu chodu oddělení pavilonu 3 v Psychiatrické léčebně Bohnicích (PLB), zjistit terapeutické přístupy k pacientům s cervikokraniální (CC) symptomatikou. Dále navrhnout změny, které by zlepšily kvalitu poskytované péče v PLB v oblasti fyzioterapie.

Metody: Rešeršní zpracování tématu a deskripce fyzioterapeutického postupu u pacientů s CC symptomatikou léčených pro neurotickou poruchu v PLB na pavilonu 3. Deskripce je provedena na základě vlastního začlenění se do terapeutického týmu pavilonu 3.

Výsledky: Z kazuistické deskripce vyšlo najevo, že individuální fyzioterapie je u pacientů s CC symptomatikou a neurotickou poruchou přínosem v celkové terapii. Dále z kazuistik vyplynulo, chceme-li, aby fyzioterapie byla součástí komplexního přístupu k pacientovi, je vhodné, aby byl fyzioterapeut členem terapeutického týmu. Tedy, aby se účastnil alespoň kazuistických porad terapeutického týmu. Smyslem je lepší poznání pacienta, jeho potíží a tím pádem efektivnější fyzioterapie i celková léčba.

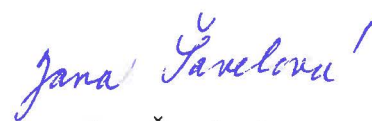
Z toho vyplynulo doporučení k doplnění stávající péče za účelem komplexnosti péče. A to stanovit vždy 1 fyzioterapeuta pro jednotlivé pavilóny, jež by se stal plnohodnotným členem terapeutického týmu.

Jaké má tato problematika úskalí je uvedeno v kapitole diskuse a závěr.

Klíčová slova: CC symptomatika, komplexní péče, vztah psychiky a somatiky, limbický systém, neurotické poruchy, fyzioterapie v PLB, psychiatrická péče

PROHLÁŠENÍ:

Prohlašuji, že jsem předloženou diplomovou práci vypracovala samostatně a použila jsem pouze uvedenou literaturu.



Jana Šavelová

Ráda bych poděkovala všem, kteří mi byli nápomocni při zpracování této diplomové práce. Především bych chtěla poděkovat vedoucí diplomové práce Mgr. Jitce Čemusové za její odborné vedení, podnětné návrhy, trpělivost a ochotu na konzultacích při zpracovávání této práce.

SVOLENÍ:

Svoluji k zapůjčení mé diplomové práce ke studijním účelům. Prosím, aby byla vedena evidence vypůjčovatelů, kteří budou pramen literatury řádně citovat.

Jméno a příjmení

Datum vypůjčení

Poznámka

OBSAH

1	ÚVOD	8
2	CÍLE A HYPOTÉZY	11
3	METODIKA PRÁCE.....	12
3.1	Základní problematika.....	12
3.2	Použité metody.....	12
3.3	Sledovaná populace.....	12
3.4	Způsob zpracování dat	13
3.5	Význam a využitelnost práce	13
4	ČÁST REŠERŠNÍ.....	14
4.1	Cervikokraniální symptomatika	14
4.1.1	Anatomickokineziologická východiska	14
4.1.2	Biomechanické poznámky	20
4.1.3	Diferenciální diagnostika cervikokraniálních symptomů	23
4.1.4	Terapie cervikokraniální symptomatiky.....	30
4.2	Vztah psychiky a somatiky	33
4.3	Stres a jeho působení na lidský organismus.....	34
4.3.1	Problematika stresu a jeho působení na organismus.....	34
4.3.2	Emoční mozek.....	35
4.3.3	Hypertonus na podkladě limbického systému.....	37
4.3.4	Terapeutické možnosti ovlivnění hypertonu vzniklého na podkladě dysfunkce limbického systému.....	38
4.3.4.1	Nejčastěji používané relaxační techniky	39
4.3.4.2	Prostředky fyzikální terapie	41
4.4	Neurotické poruchy.....	42
4.4.1	Historie a vývoj neurotických poruch	42
4.4.2	Charakteristika neurotických poruch	43
4.4.3	Rozdělení neurotických poruch dle MKN-10	44
4.4.4	Léčba neurotických poruch	46

5	ČÁST DESKRIPTIVNÍ	47
5.1	Deskripce chodu pavilónu 3 v PLB.....	47
5.1.1	Terapeutické techniky využívané v PLB na pavilónu 3.....	49
5.1.1.1	Skupinová psychoterapie.....	49
5.1.1.2	Jiné techniky užívané v rámci psychoterapie.....	51
5.1.1.2.1	Arteterapie	51
5.1.1.2.2	Psychodrama	52
5.1.1.2.3	Psychomotorická terapie – Kinezioterapie.....	52
5.1.1.2.4	Hipoterapie	53
5.1.1.3	Fyzioterapie v PLB.....	54
5.1.1.3.1	Individuální fyzioterapie	55
5.1.1.3.2	Skupinová léčebná tělesná výchova.....	55
5.1.1.3.3	Fyzikální terapie u neurotických poruch.....	56
5.2	Kazuistiky.....	57
5.2.1	Shrnutí kazuistik.....	67
6	DISKUSE.....	68
6.1	Koncepce oboru psychiatrie v České republice	68
6.2	Zdraví pro všechny v 21. století – cíl 6: zlepšení duševního zdraví	74
6.3	Problémy duševního zdraví napříč Evropou	77
6.4	Diskuse a úvaha nad problematikou.....	81
7	ZÁVĚR.....	85
8	POUŽITÁ LITERATURA.....	87
9	SEZNAM ZKRATEK.....	94
10	SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK	95

1 ÚVOD

„Je mnohem důležitější vědět, jaký pacient chorobou onemocněl, než jakou má pacient chorobu.“ W. Osler (1849-1919)

V běžné praxi se fyzioterapeut setkává velmi často s diagnózami typu vertebroalgický syndrom bederní a krční páteře. Jde většinou o pacienty s chronickými potížemi, jež se často do terapie vrací. Náplní práce fyzioterapeuta, samozřejmě kromě volby vhodné terapie, je také hledání příčiny potíží nemocného. Nezřídka zjišťuje, že nemocný nemá jen potíže po stránce fyzické, ale i psychické. Jak je nám známo, psychické symptomy, které nemocní prožívají, jako je například úzkost, smutek, obavy, se projeví v celkovém stavu pacienta, tedy odrazí se i na jeho fyzické stránce. Jednou ze stěžejních oblastí, kde se zvýšené napětí odráží, jak ve smyslu svalového napětí, tak ve smyslu psychického napětí, je krční páteř a k ní patřící cervikokraniální symptomatika. Úzkost zaujímá centrální postavení v etiopatogenezi a psychodynamice neuróz a psychosomatických onemocnění (61). Dle studií organizovaných v 90. letech Světovou zdravotnickou organizací, Světovou bankou a Harvardskou universitou, patří mezi nejčastěji frekventované neuropsychiatrické choroby právě neurotické poruchy (92). Tedy není divu, že se tak často setkáváme na rehabilitačních ambulancích s pacienty, jejichž potíže mají i psychickou nadstavbu. Léčba těchto pacientů pak nejvíce spočívá zvláště v psychoterapii. Tedy fyzioterapeut by měl být i schopným psychoterapeutem. V léčbě neurotických poruch je psychoterapie stěžejním článkem a o to víc by fyzioterapeut pracující na psychiatrii měl být edukován i v oblasti psychoterapie.

CC symptomatika je častá problematika, se kterou se fyzioterapeuté na psychiatrických odděleních, setkávají. Zvýšené napětí měkkých tkání v oblasti šíje a pletence ramenního je typickým příznakem právě pro úzkostné pacienty (3). Úzkost je spojována s problémy v oblasti šíje a krční páteře, příčinou mohou být např. tzv. obranná gesta spolu se změnou kvality dýchání, které se v psychické tenzi stává povrchním, mělkým, s převažujícím horním typem dýchání, při kterém se zapojují pomocné dýchací svaly v oblasti krku, šíje a ramen. Dostávají se do spasmu, stávají se bolestivé a dráždivé, což navozuje sekundární nepříjemné pocity a vzniká tak začarovaný kruh psychicky podmíněných bolestí (74). Z tohoto důvodu považují pacienti léčící se pro neurotickou poruchu za rizikové ke vzniku poruch v oblasti krční páteře provázené CC symptomatikou a považují fyzioterapii za důležitý článek v jejich terapii.

Tedy otázkou je, zda péče o pacienty s neurotickou poruchou je opravdu komplexní, dle často vyzdvihovaného holistického přístupu k pacientovi, a tudíž zda fyzioterapie zde opravdu hraje nedílnou součást léčby. Na tuto otázku se snaží tato práce odpovědět na základě sledování a následného popisu (deskripce) chodu psychoterapeutického oddělení, pavilónu 3 v PLB, kde se léčí převážně pacienti s neurotickými poruchami, a na základě kazuistické deskripce pacientů s CC symptomy léčených na tomto oddělení.

Základní rozdělení této práce je na část rešeršní a deskriptivní. V rešeršní části práce přibližuje problematiku cervikokraniální symptomatiky, pro jejíž pochopení jsou zde uvedeny i poznámky anatomickokineziologické a biomechanické. Cervikokraniální spojení tvoří přechod mezi „těžkou“ hlavou a „křehkou“ krční páteří. Struktury, které se zde stýkají jsou značně tvarově rozdílné a rozsah pohybu v CC je značný. Tímto jsou na tyto struktury kladeny vysoké mechanické nároky (88). Dá se říci, že CC spojení je locus minoris resistentiae pro vznik strukturálních nebo funkčních poruch a to z pohledu anatomického, fyziologického i kineziologického. CC spojení z pohledu fyzioterapie je velmi významnou oblastí, patří mezi tzv. přechodové oblasti a jeho dysfunkce může být příčinou i následkem změn probíhajících ve vzdálených místech skeletu (23,10). I možnosti fyzioterapie CC symptomatiky se liší dle různých terapeutických přístupů a metodik, jejich výčet také naleznete v rešeršní části.

V dalších kapitolách rešeršní části se tato práce snaží přiblížit provázanost psychiky a somatiky, včetně pohybového aparátu. Jakým způsobem vzniká například svalový hypertonus, vzniklý na podkladě dysfunkce limbického systému, jež často nazýváme emočním mozkem. Uvádím zde i možnosti ovlivnění tohoto hypertonu, včetně výčtu nejčastěji používaných relaxačních technik a prostředků fyzikální terapie. Rešeršní část se také snaží čtenáře seznámit s problematikou neurotických poruch, včetně jejich rozdělení dle MKN -10 a možností jejich léčby.

Část deskriptivní se soustřeďuje na sledované psychiatrické oddělení v PLB, pavilón 3, jedná se o otevřené psychoterapeuticky zaměřené oddělení, kde se léčí pacienti převážně pro neurotické poruchy. Práce se snaží podrobně popsat chod tohoto oddělení, jakoby chtěla čtenáře vtáhnout do režimu komunity pacientů a předvést jednotlivé psychoterapeutické techniky, jež se zde využívají. Mezi stěžejní techniku, která je zde nejvíce preferována, patří skupinová psychoterapie. O jejím průběhu a smyslu se můžete v této části práce přesvědčit. Mezi výčet terapeutických technik používaných na pavilónu 3 spadá i léčebná tělesná rehabilitace, jež je prováděna převážně skupinově, pod vedením fyzioterapeutů na oddělení

fyzioterapie v PLB. Jakým způsobem toto oddělení pracuje a co nabízí naleznete v kapitole Fyzioterapie v PLB. Individuální fyzioterapie pacientů s CC symptomy je zde představena formou 3 kazuistik. Při své praxi v PLB jsem kladla důraz na to být členem terapeutického týmu pavilonu 3 a tím se přiblížit komplexnímu, či celkovému přístupu k pacientovi.

Jelikož jedním z cílů této diplomové práce je podat návrh možných změn, jež by zlepšily kvalitu poskytované péče v PLB v oblasti fyzioterapie, pokusila jsem se o vytvoření tohoto návrhu a zařadila jsem jej do kapitoly Diskuse. V této kapitole se poohlížím i po nynějším stavu oboru Psychiatrie v České republice a v zahraničí. Proto jsem do kapitoly diskuse zařadila i výtažek z koncepce oboru Psychiatrie, cíl WHO týkající se zlepšení duševního zdraví a jeho současné plnění v ČR. Pro srovnání stavu české psychiatrie se státy EU uvádím i lehký nástin problematiky duševního zdraví napříč Evropou. Tyto fakta jsem se pak snažila shrnout formou diskuse ve stejnojmenné kapitole a v závěru této práce.

2 CÍLE A HYPOTÉZY

CÍL PRÁCE

Cílem této práce je, na základě popisu chodu oddělení pavilónu 3 v Psychiatrické léčebně Bohnice, zjistit terapeutické přístupy k pacientům s cervikokraniální symptomatikou hospitalizovaných pro neurotickou poruchu.

Navrhnout změny, které by zlepšily kvalitu poskytované péče v Psychiatrické léčebně Bohnice v oblasti fyzioterapie.

HYPOTÉZY

HYPOTÉZA I.

Předpokládám, že diagnostické a terapeutické postupy věnované problematice cervikokraniálním symptomům na psychiatrickém oddělení (pavilón 3) v PLB nesplňují požadavky kladené na komplexní přístup k terapii.

HYPOTÉZA II.

Předpokládám, že individuální přístup fyzioterapeuta k pacientovi na psychiatrickém oddělení (pavilón 3) v PLB není plnohodnotnou součástí celkové terapie. Předpokládám, že neprobíhá dostatečná komunikace mezi fyzioterapeutem a terapeutickým týmem. Mám poté dojem, že tímto způsobem fyzioterapeut nepracuje ve smyslu holistického, celostního přístupu k pacientovi, když není seznámen s chováním pacienta i během jiných aktivit, př. skupinové psychoterapie.

3 METODIKA PRÁCE

3.1 Základní problematika

Dle řady autorů (24,26,43,52,74,85,89) negativní psychické symptomy, které nemocní prožívají, se odráží na fyzické stránce člověka, zejména v oblasti krční páteře ve formě cervikokraniálních symptomů. Zajímá mne, jak je k tomuto přihlíženo u pacientů s neurotickými poruchami, kteří jsou léčeni v PLB na pavilónu 3.

Práce vychází z rešeršního zpracování problematiky cervikokraniálních symptomů, vztahovou problematikou mezi psychikou a somatikou, a problematikou neurotických poruch. V další části je použita deskripce chodu psychiatrického oddělení pavilónu 3. Součástí tohoto pozorování je i sledování klinického stavu vybraných pacientů s CC symptomatikou a jim poskytované péče.

3.2 Použité metody

Jde o formu kvalitativního výzkumu, jehož úkolem je vytvoření popisu, jakým způsobem probíhá rehabilitace pacientů v PLB. Základním principem tohoto kvalitativního výzkumu je popis (deskripce) fyzioterapeutického postupu u pacientů s CC symptomy hospitalizovaných pro neurotickou poruchu v PLB na pavilónu 3. Pavilón 3 v PLB je charakterizován jako akutní otevřené psychoterapeuticky zaměřené oddělení.

Sledovanými parametry pavilónu 3 jsou: časový chod oddělení, skladba personálu a pacientů, četnost a charakteristika léčebných postupů, spolupráce s jinými odděleními v rámci PLB, kvantita a kvalita komunikace mezi lékařem a fyzioterapeutem, možnost začlenění fyzioterapeuta do terapeutického týmu, sledování komplexnosti poskytované léčby.

3.3 Sledovaná populace

V rámci této práce bude sledován chod celého oddělení (pavilón 3 v PLB) a jeho provázanost s oddělením fyzioterapie, mezi sledovanou populací je tak i ošetřující zdravotnický personál (terapeutický tým pavilónu 3 a pracovníci rehabilitačního oddělení v PLB).

Pro příkladnost chodu pavilonu 3 a oddělení fyzioterapie uvedu 3 kazuistiky. Půjde o vyšetření a terapii pacientů s CC symptomy, jež se léčí v PLB na pavilónu 3, pro neurotickou poruchu. Výběr pacientů pro tuto práci učiním společně s jejich ošetřujícím lékařem. Fyzioterapie bude domluvena v jednotlivé termíny tak, aby nenarušila ostatní povinné aktivity pacienta v průběhu léčby.

3.4 Způsob zpracování dat

Na základě začlenění se do terapeutického týmu pavilónu 3 a do fyzioterapeutického týmu v PLB, zjistím informace ohledně chodu těchto oddělení. Jako tichý pozorovatel budu zaznamenávat péči, která je pacientům poskytována. Třem pacientům, vybraným mnou a jejich ošetřujícím lékařem, budu poskytovat individuální fyzioterapii. O těchto pacientech povedu dokumentaci a tyto informace zaznamenám ve formě kasuistik.

Jelikož mým cílem je, aby terapie problematické krční páteře byla součástí komplexního přístupu k pacientovi, je třeba být součástí terapeutického týmu pavilónu 3. Díky začlenění se do terapeutického týmu a zúčastnění se alespoň 2 skupinových aktivit za týden, jimiž pacienti prochází v rámci léčby v PLB. Seznámení se s celkovou léčbou a stavem pacienta, bude probíhat také převážně díky mé účasti na každodenní poradě terapeutického týmu.

3.5 Význam a využitelnost práce

Význam této práce a postupu spatřuji v možnosti vytvoření věrohodného obrazu chodu oddělení (pavilón 3, oddělení fyzioterapie) a následně v možnosti návrhu pro doplnění a zlepšení chodu těchto oddělení. Účelem práce je poukázat na efektivnost fyzioterapie u pacientů s neurotickou poruchou léčených v PLB na pavilónu 3. Jedním z cílů této deskripce je sledování komplexnosti poskytované péče a zároveň individuální přístup fyzioterapeuta k pacientovi.

4 ČÁST REŠERŠNÍ

4.1 Cervikokraniální symptomatika

Počátky vzrůstajícího interdisciplinárního zájmu o problematiku kraniovertebrálního přechodu se datují od období rozvoje průmyslové revoluce, kdy se výrazně zvýšila incidence traumatických příhod i cerebrovaskulárních onemocnění.

CC spojení z embriologického pohledu je společným dějištěm vývojově velmi „neklidná“ oblast lebeční báze, představující podle Björka spojovací most mezi viscerokraniem a splanchnokraniem, které rostou nestejným způsobem i tempem (4).

4.1.1 Anatomickokineziologická východiska

Anatomie je věda o tvaru a stavbě těla a o struktuře, poloze a vzájemném vztahu jeho částí.

Kineziologie je jedním z vědních oborů, jež se zabývá analýzou pohybu živého organismu, jak z hlediska mechanického, tak i ideokinetického. Tedy pohlíží na pohyb člověka, narozdíl od kinematiky, jako na pohyb za nějakým účelem (teleologicky), řízeným volným úsilím (ideomotoricky). Tento pohybový záměr vychází z našich potřeb a slouží k udržení naší integrity ve vnějším prostředí. Pohybové projevy jsou ovlivňovány motivačními pochody, které lokalizujeme do oblasti limbického systému, jež nazýváme emočním mozkem. Podle Pribrama (1971) je tento systém současně i zdrojem aktivity potřebné k vytváření paměťových stop pro zapamatování veškerých programů včetně pohybových. Limbický systém je pokládán i za nejstarší motorický systém (87,89), podrobněji bude probrán v kapitole 4.3.2.

Krční páteř

Řada autorů (14, 87, 19) dělí krční páteř z funkčního hlediska na:

A. horní krční sektor (kraniocervikální): okciput-atlas-axis-C3

B. dolní krční sektor (cervikobrachiální): C3-C4→C7-(Th1→Th4)

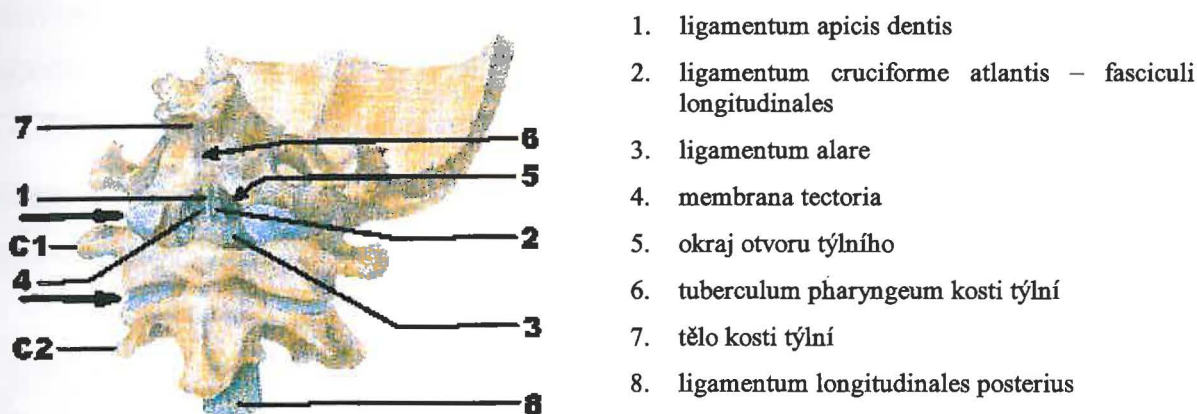
Mezi horním a dolním sektorem C páteře jsou velmi úzké vztahy, takže přesné funkční oddělení těchto dvou sektorů není možné.

ad. A. Horní sektor zahrnuje dolní partie lebeční a horní partie krční, ze kterých vyplývá současně i symptomatologie (kraniocervikální). Je třeba zde rozlišovat poruchy intrakraniální od poruch cervikálních extrakraniálních. Zahrnujeme sem i poruchy z oblasti žvýkacích svalů a temporomandibulárního kloubu. Horní C páteř obsahuje řadu proprioceptorů a má vztah k a.

vertebralis, díky tomu má možnost ovlivňovat posturální funkce. Z těchto důvodů se proto přisuzuje této části páteře vedoucí úloha v řízení posturální motoriky (87).

Kraniocervikální spojení (obr. 1) je systém kloubů a vazů spojující kost týlní s atlasem a axis, tzn. zahrnuje segmenty C0-C1-C2 (14).

Je to přechod mezi dvěma odlišnými anatomickými strukturami a v rámci axiálního systému má tento přechod specifické uspořádání. CC zajišťuje přechod mezi dutinou lební a dutinou páteřního kanálu, ty obsahují CNS, která je obklopena mozkomíšním mokem.



Obr. 1 Kraniovertebrální spojení, pohled zepředu, šipky znázorňují AO skloubení a articulatio atlantoaxialis lateralis
Převzato z: Čihák, 2001

C0-C1 Atlantooccipitální klouby (AO), (articulatio atlantooccipitalis)

Jde o párové skloubení kondylů kosti týlní s jamkami atlasu. Hlavní pohyby jsou kývavé, předozadní, v sagitální rovině. Jsou zde možné i malé úklony spojené s posunem kondylů po jamce do stran. Pouzdro AO kloubu je krátké a tuhé.

C1-C2 Atlantoodontoidní skloubení (articulatio atlanto-axialis mediana)

Kloubní plochy jsou zde mezi zubem čepovce – dens axis a předním obloukem atlasu. Zub je k oblouku přidržován silným vazem – lig. transversum atlantis, který je rozepjatý mezi bočními kostěnými hmotami atlasu. Toto ligamentum je doplněno vertikálně orientovanými snopci, které jdou od zubu čepovce k okraji týlního otvoru, spolu formují úplný fixační aparát zubu – lig. cruciforme atlantis.

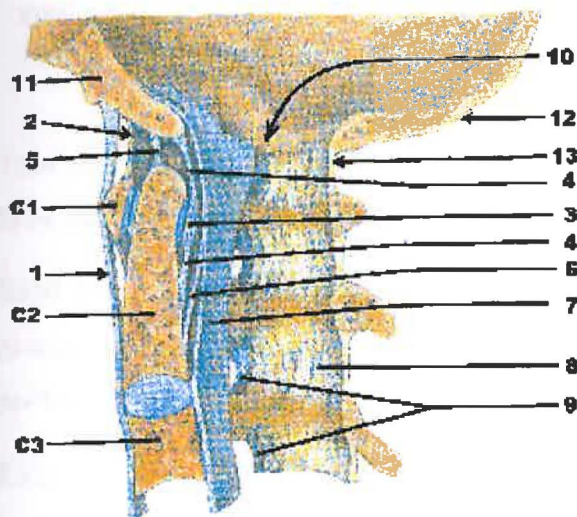
Další vazy doplňující toto spojení jsou ligg. alaria. Rozestupují se od boků dens axis na obě strany šikmo vzhůru k bokům kondylů kosti týlní a týlního otvoru; jejich funkcí je omezování rotace týlní kosti s atlasem. Lig. apicis dentis (obr. 2) jde od apex dentis vzhůru k os occipitale.

Membrana atlantooccipitalis anterior doplňuje a vpředu uzavírá spojení atlasu s kostí týlní. Membrana tectoria kryje vzadu v páteřním kanále dens a lig. cruciforme. Pokračuje v lig. longitudinale posterius. Membrana atlantooccipitalis posterior spojuje zadní oblouk atlasu se zadním okrajem týlního otvoru.

Atlanto-axiální klouby (articulatio atlantoaxialis lateralis)

Jsou to párové klouby spojující processus articulares C1 a C2. Mají volné pouzdro, které stačí k otáčení atlasu. Kloubní chrupavky atlasu i axisu jsou konvexní, čímž atlantoaxiální kloub je bikonvexní. Tím vzniká vratká plocha atlasu, která se vedle otáčení může též předozadně naklánět. Vlivem této hrany atlas při pootočení může poklesnout kaudálně asi o 2 mm (14,19).

Atlanto-axiální skloubení je charakteristické svým velkým rozsahem pohybu do rotace. Tento segment je často nazýván rotačním.



Obr. 2 Podélný řez kraniovertebrálním spojením
Převzato z: Čihák, 2001

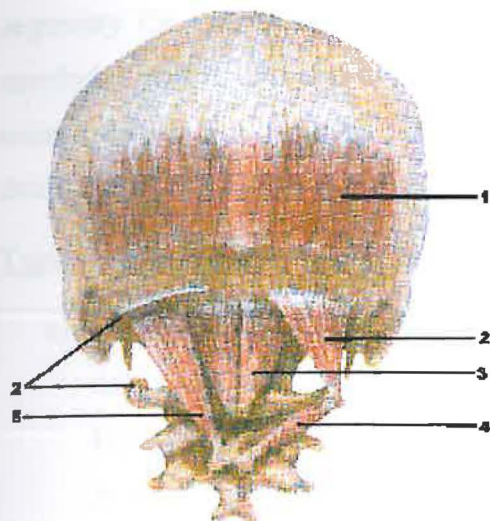
1. ligamentum longitudinale anterius
2. membrana atlantooccipitalis anterior
3. ligamentum transversum atlantis
4. podélné snopce ligamentum cruciforme
5. ligamentum apicis dentis
6. membrana tectoria
7. ligamentum longitudinale posterius
8. ligamenta interarcualia
9. pouzdra meziobratlových kloubů
10. okraj foramen magnum
11. tělo kosti týlní
12. šupina kosti týlní
13. membrana atlantooccipitalis posterior

Svaly ovlivňující pohyb v CC spojení

Patří sem všechny svaly mající začátek nebo úpon na lebce, tyto svaly se ve větší či menší míře účastní pohybu v CC spojení. Buďto pohyb přímo provádějí, nebo jej neutralizují, fixují nebo stabilizují.

Pohyb v této oblasti provádějí krátké intersegmentální subokcipitální svaly a je podporován delšími intersegmentálními svaly šíjovými.

Véle rozděluje krátké svaly mezi okciputem, atlasem a axisem na přední a zadní skupinu (87). Přední skupina zahrnuje: m.rectus capitis lateralis a m.rectus capitis anterior. Zadní skupina zahrnuje (orb. 3): m.rectus capitis posterior minor, m.rectus capitis posterior major, m.obliquus capitis superior, m.obliquus capitis inferior.



1. m. occipitalis
2. m. obliquus capitis superior
3. m. rectus capitis posterior minor
4. m. obliquus capitis inferior
5. m. rectus capitis posterior major

Obr. 3 Krátké subokcipitální svaly
Převzato z: Čihák, 2001

Tyto svaly iniciují nastavení polohy hlavy vůči horní krční páteři. Pohyby hlavy proti horní krční páteři provedené těmito svaly nazýváme dle Lewita kyvy (89).

Další krční svaly podílející se na pohybu CC spojení jsou: m.longus capitis, m.digastricus, m.stylohyoideus, m.longissimus capitis, m.sternocleidomastoideus a m.trapezius. Je nutné počítat i s participací okolních svalů, které se různě podílejí na průběhu pohybu (88).

Pohyby v horní krční páteři

Pohyby v CC úseku jsou vždy komplexní a obsahují diagonální a rotační složku.

- Extenze hlavy proti šíji. Vzniká symetrickou aktivací zadních krátkých šíjových svalů a delších šíjových svalů uložených povrchněji.
- Flexe hlavy proti šíji. Při kyvu vpřed se okcipitální kondyly posouvají nazad a vzniká extenze v kloubu atlas-axis. Jde o paradoxní pohyb atlasu (viz. kapitola 4.1.2). Tento pohyb je malého rozsahu, pro slabé mm. recti capitis anteriores.
- Laterální flexe hlavy proti šíji. Tento pohyb probíhá hlavně mezi axis – C3. Vzniká asymetrickou aktivací zadních krátkých hlubokých šíjových svalů.
- Rotace hlavy. Jde o nejčastější pohyb při sledování okolí. Začíná pohybem očí a pokračuje pohybem hlavy s postupnou aktivací segmentů páteře distálním směrem.

Axiální rotace je vždy spojena i s pohybem atlasu vůči axis laterálním směrem. Při rotaci k jedné straně nastává současná lateroflexe ke straně druhé (87,89). Tyto pohyby nazýváme sdruženými, nebo translačními (viz. kapitola 4.1.2).

ad. B. Dle Véleho dolní krční sektor navazuje na horní společnou oblast C3, pokračuje segmenty C4→C7 a funkčně splývá s horním hrudním úsekem Th1→Th4. Mechanicky náročným místem této oblasti je krajina C6-Th1, tzv. cervikotorakální přechod. Tato oblast je označována za locus minoris resistencie, tzn. že je náchylná k mikrotraumatizacím. S funkcí dolního sektoru C páteře souvisí i funkce ramenních pletenců a horních končetin (88).

Typické znaky skeletu dolních krčních obratlů

- a) nízké oválné tělo (*corpus vertebrae*), širší v příčném rozměru, jednotlivé obratle do sebe sedlovitě zapadají, meziobratlové prostory jsou vyplněny disky, zadní okraj horní krycí destičky a zobáčkovité zahnutí dolní destičky chrání před výhřezem disku, ten je nebezpečný pro možnou míšní kompresi (14,19);
- b) oblouk obratle (*arcus vertebrae*) spolu s tělem obratle ohraničuje otvor, foramen vertebrale, obsahující míchu a její obaly, dorzálně vybíhá v *processus spinosus*, upíná se na něj řada ligament a svalů, mezi dvěma oblouky je kanálek – foramen intervertebrale, kudy procházejí periferní nervy a cévní zásobení míchy, při zúžení tohoto kanálku dochází k útlaku nervů a cév a vzniká radikulární symptomatologie, nebo i míšní symptomatologie při zhoršení krevního zásobení (14,19,88);
- c) obratlové výběžky
 - a. *processi uncinati* jsou zvednuté postranní části těla obratle artikulující s tělem vrchního obratle jako unkovertebrální klouby, omezují zejména lateroflexi;
 - b. *processi transversi* vybíhají laterálně, mají dva hrbolky, kam se upínají svaly a ligamenta, v tomto výběžku je otvor (foramen transversarium), kterým prochází a. *vertebralis* (v rozsahu C1-C6);
 - c. *processi articulares* umožňují skloubení sousedních obratlů, tedy tvoří intervertebrální klouby, známé také jako klouby facetové, probíhají šikmo cca v úhlu 45°, jsou kritickým místem celé páteře pro přítomnost sdružených pohybů (viz. kapitola 4.1.2) a tvoří další locus minoris resistencie krční páteře (10,37);
 - d. *processus spinosus* vybíhá dozadu a dolů, upínají se na něj ligamenta a svaly, je dobře hmatný, protože směřuje dolů, palpujeme jej vždy níže než je tělo obratle.

Svaly ovlivňující pohyb v dolní krční páteři (87,89,14)

Tyto svaly tvoří 3 skupiny (přední, zadní a postranní svaly).

- Přední šíjové svaly. Patří sem hluboké svaly probíhající na přední straně obratlů, m. longus capitis a m. longus colli, jejichž hlavní funkce je flexe hlavy a krční páteře při oboustranné aktivaci. Střední vrstvu tvoří svaly spojující dolní čelist s jazykou, sternem a lopatkou, dělíme je na suprahyoideální (m. digastricus, m. stylohyoideus, m. mylohyoideus) a infrahyoideální (m. sternohyoideus, m. thyrohyoideus, m. omohyoideus, m. sternohyoideus). Hlavní funkce těchto svalů jsou otevírání úst, fixace jazyky a tím umožnění polykání a fonace. Povrchovou vrstvu tvoří platysma, jež pomáhá otevírat ústa a napomáhá funkci mimického svalstva.
- Svaly na zadní straně šíje. Propojují hlavu s krční páteří s hrudníkem a s ramenním pletencem. Hlubokou vrstvu tvoří krátké intersegmentální svaly, které jsou podle Basmaijana nazývány „dynamickými ligamenty“, jelikož je v nich silně zastoupena vazivová složka. Patří sem mm. interspinales, mm. intertransversarii, mm. transversospinales a mm. multifidi. Střední vrstvu tvoří skupiny delších svalů, jež jsou zčásti pokračováním m. erector spinae v oblasti šíje. Patří se m. semispinalis cervicis, m. splenius capitis et cervicis, m. longissimus capitis et cervicis, m. iliocostalis cervicis a m. levator scapulae. Povrchová vrstva zahrnuje m. sternocleidomastoideus a m. trapezius. Právě tyto dva svaly bývají nejvíce zatěžovány, jelikož nesou váhu celé horní končetiny.
- Postranní šíjové svaly. Jde o paravertebrálně uloženou skupinu svalů spojující krční páteř se dvěma horními žebry, tvoří ji m. scalenus anterior, medius et posterior. Jejich hlavní funkcí je flexe krční páteře při oboustranné aktivaci a při jednostranné vzniká šikmá laterální flexe hlavy, patří také k pomocným svalům inspiračním.

Pohyby v oblasti dolní krční páteře (87,89)

Střední postavení je pro dolní C páteř mírná lordóza.

Jelikož goniometrické měření rozsahů pohybů v C páteři je považováno za dosti subjektivní hodnoty a u řady autorů se liší, neuvádím jejich hodnoty. Pro fyzioterapeuta, je důležité si poznačit rozsah pohybu při vyšetření, ale dalším důležitým ukazatelem je zhodnocení odporu, se kterým se na konci pohybu setkává. Odpor nás informuje o charakteru pohybového omezení, která jsou pro stanovení terapeutického postupu důležitější.

Pohyby nejsou nikdy čisté, vždy se vzájemně kombinují. V dolní C páteři jsou možné tyto pohyby:

- Extenze je omezena tahem lig. longitudinale anterius, naražením obratlových oblouků na sebe a tím, že horní část proc. articularis dolního obratle narazí na proc. transversus horního obratle. To je důvod, proč při artrotických změnách na kloubech je omezena extenze.
- Flexe je omezena tahem ligament uložených dorzálně a elasticitou kloubních pouzder. Může být také omezena iritací míšních plen!
- Lateroflexe je omezena kostěnými strukturami, zvl. pohyblivostí v unkovertebrálním kloubu.
- Rotace nelze příliš oddělit od rotace horní C páteře. Lewit odlišuje horní a dolní sektor C páteře hodnocením rotace hlavy v předklonu pro horní sektor, v záklonu pro dolní sektor. Jirout (1985) uvádí rotaci v předkyvu se současnou trakcí převážně v segmentu C2-C3.

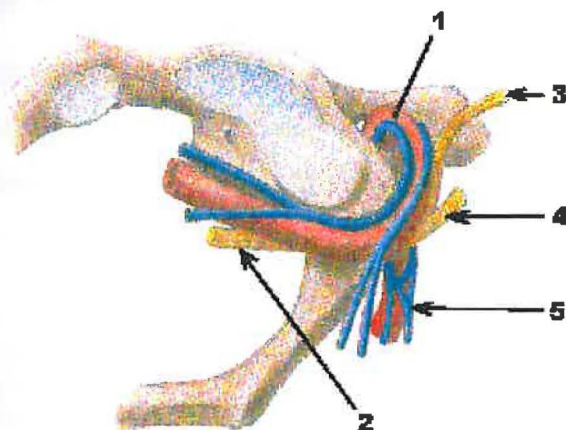
4.1.2 Biomechanické poznámky

Účelem této kapitoly není probírat biomechanické vlastnosti jednotlivých struktur, z nichž je C páteř složena. Snažím se zde pouze o ukázkou toho stěžejnějšího pro probíraný region z pohledu biomechaniky. Chtěla bych poukázat na to, že pokud pracujeme s pacienty s problematickou C páteří, musíme brát v potaz celou škálu vlivů na tuto oblast i v rámci biomechaniky a uvědomit si „slabá“ místa, jež rádi nazýváme loci minori resistentiae.

Z předchozí kapitoly vyplývá jednoduchý fakt a to, že krční páteř je opravdu složitým regionem. Tvoří nosnou konstrukci pro hlavu, jež má díky strukturálnímu tvaru C páteře možnost třídimenzionálního pohybu. Pro biomechaniku C páteře je podstatné vzájemné propojení jednotlivých komponent, ze kterých se C páteř skládá a na ní navazující další struktury. Vazby mezi komponentami kostními, vazivovými a svalovými nejsou stejnorodé. Biomechanika bere v potaz i vliv nervové a cévní soustavy na optimální funkci cervikálního regionu. Jde zvl. o výstup míšních kořenů z intervertebrálních prostor, dále důležitý je průběh artérie vertebralis uvnitř trasverzálních výběžků krčních obratlů (C1-C6) a její průchod mezi foramen jugulare (38,73).

Arteria vertebralis (obr. 4) je velmi citlivá na postavení všech komponent horního krčního sektoru. Autonorní nervové pleteně (sympatická vlákna) ve stěně tepny jsou ohybem cévy

drážděny, a horní krční sektor tak svou pohyblivostí ovlivňuje prokrvení útvarů zadní lebeční jámy. Rotace v C1-C2 vede k protažení, lokální kompresi a uskřínutí a. vertebralis (93).



1. a. vertebralis
2. míšní nerv (C1)
3. tenčí ramus anterior nervu C1
4. n. suboccipitalis
5. plexus venae vertebralis

Obr. 4 Průběh a. vertebralis a I. míšního nervu
Převzato z: Čihák, 2001

Oblasti odstupu míšních nervů a přechod arterie vertebralis od baze lební k prvnímu krčnímu obratli jsou jedny z nejkritičtějších míst horní krční páteře (loci minoris resistentiae). Jsou to místa častých útlaků při změně biomechanických parametrů uvnitř celého cervikálního regionu.

Sdružené pohyby

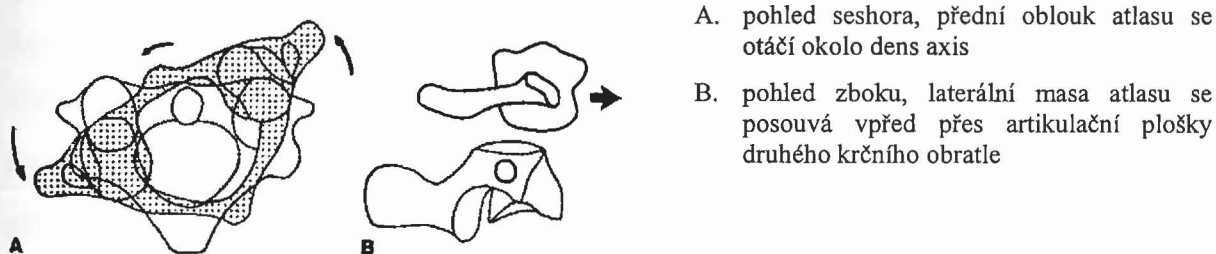
Sdružené pohyby páteře jsou komplexní pohyby podmíněné anatomickým tvarem kloubních plošek pohybových segmentů a vznikající na základě biomechanických zákonitostí mezi dvěma pohybovými segmenty v prostoru. Nejčastěji je v literatuře (8,87,93) popisována vazba mezi pohyby prováděnými v rovině frontální (úklon) a v rovině transverzální (rotace). Typická sdruženost pohybu v C páteři je mezi lateroflexí a rotací, kdy je i palpačně patrný pohyb spinálních výběžků ke straně kontralaterální (8,35).

Někteří autoři (37) poukazují na funkční význam této sdruženosti v horní C páteři pro ochranu nervové cévních struktur mezi C0-1, především pro ochranu již zmiňované a. vertebralis. Za sdruženost pohybů C páteře je také zodpovědný sklon facetových kloubů (45°) a tvar uncinátních spojení.

Processi uncinati zvyšují ochranu namáhaných meziobratlových disků, ale také omezují rozsah pohybů zvláště do lateroflekčních a rotačních pohybů a jsou dalším místem častých poruch krční páteře (ve smyslu vzniku zánětlivých a degenerativních procesů) (12).

Intervertebrální klouby (facetové, zygapofyzeální) jsou dalším kritickým místem pro celou páteř a pro přítomnost sdružených pohybů, tvoří toto místo další locus minoris resistencie speciálně pro krční páteř. (93)

Za sdružený pohyb považujeme také pohyb translační. Translace je když při pohybu všechny body tělesa mají v daném čase stejný směr pohybu vzhledem k fixovanému bodu. Typickým translačním pohybem v C páteři je laterální translace během rotace (obr. 5) (12,38,73).



Obr. 5 Rotace C1-C2
Převzato z: Bogduk, Mercer, 2000

Mechanismu paradoxního pohybu atlasu

Paradoxní pohyby obratle se mohou objevit ve všech rovinách, nejčastěji jsou popisovány v sagitální rovině. Vyznačují tím, že při provádění pohybu jedním směrem dochází k pohybu obrácenému, např. kdy při pohybu páteře do flexe se segment pohybuje do extenze nebo opačně.

V kinematice atlasu problematika paradoxního pohybu zaujímá zvláštní postavení. Je otázkou jestli vzhledem k specifickému uspořádání kloubních plošek lze tento paradoxní pohyb vztahovat k instabilitě. Názory v literatuře jsou různé, kdy část autorů tvrdí, že tento pohyb je fyziologický (8,45,52,84), jiní považují tento pohyb spolu se zvětšeným rozsahem pohybu jako známku klinické instability (38,75).

Paradoxní pohyb atlasu je nejvíce viditelný při flexi-extenzi krku. Při plné flexi krku se atlas může extendovat, a většinou se tak děje (84). Toto vzniká z důvodu stlačení atlasu mezi hlavou a axis, který balancuje na vrcholu laterálních atlanto-axiálních kloubních plošek (38).

Vliv ligament na biomechaniku C páteře

Důležitou úlohu v biomechanice hrají také měkké tkáně. Řadíme sem především svaly a ligamenta (vazy). Ligamenta, intervertebrální disky i kloubní pouzdra většinou opisují tvar kostních komponent a zároveň mj. limitují fyziologický rozsah pohybu mezi jednotlivými segmenty i celého C regionu. Ligamenta obsahují značné množství kolagenních a elastických

vláken uspořádaných většinou jedním směrem tak, aby odolávala co nejvyššímu tahu v daném směru (93). Např. přední podélný vaz (ligamentum longitudinale anterius) je nejvíce namáhán při extenzi C páteře, interspinální ligamenta naopak při flexi C páteře (14,87). Zvláštní postavení má zadní podélný vaz (ligamentum longitudinale posterius), jež leží na zadní vnitřní ploše obratlových těl, blíže k tzv. „rotačním centřům“ obratlů, neboť jeho reakce na zátěžovou sílu při pohybech C páteře jsou odlišné (menší odporové síly) vzhledem k již jmenovaným ligamentům. Ligamenta, která mají větší podíl elastických vláken (př. ligamentum flavum) se v rámci mechanického chování různých materiálů chovají více elasticky než vlákna s převahou kolagenních vláken.

Při práci s C páteří je třeba znát základní biomechanické vlastnosti jednotlivých komponent C páteře, tedy tuhost, schopnost odolávat tahu, tlaku a elastický modul. Ligamentum může být poškozeno jak při rychle aplikované zátěži, tak při pomalu narůstající zátěži. Míra možného poškození je závislá na viskoelastických vlastnostech daných ligament, přičemž síla, tuhost i energie ligamenta se zvyšuje s aplikovanou zátěží (38,93).

4.1.3 Diferenciální diagnostika cervikokraniálních symptomů

Cervikokraniální syndrom je velmi často používaný termín, který zahrnuje nejrozličnější obtíže, lokalizované v oblasti šíje a hlavy, od bolestí hlavy, přes závratě, tinitus, po bolesti v šíji. Patří k jednomu z nejčastějších typů bolestí hlavy. To je také důvod, proč je tak často diagnostikován (69). Bolest je nejčastěji lokalizovaná v týle, na temeni, ve spánku, může být asymetrická i zcela jednostranná. Nemocní nemusí udávat současně i bolesti v C páteři a nemusíme nacházet blok C páteře. Bolesti mívají chronicky intermitentní charakter, provokují se zátěží C páteře, ale značnou roli zde hrají i psychogenní faktory.

Porucha funkce krční páteře může být stejná jako při pouhé bolesti v šíji. Je sice pravda, že u CC syndromu bývá častěji v horní části krční páteře, tak jako u poruch dolní krční páteře převažují bolesti v horní končetině, ale výjimky tu bývají časté. Dlouhé svaly šíje s častými bolestivými spouštěcími body reagují na poruchu v každém pohybovém segmentu a mohou působit přenesenou bolest jak z nebo do oblasti hlavy, tak horní končetiny. Zřejmě rozhoduje intenzita nociceptivního podráždění a reaktivita nervové soustavy, zda při určité lézi nemocný ucítí jen lokální bolest v šíji, v ramenu či v horní končetině, nebo hlavně bolest hlavy (52).

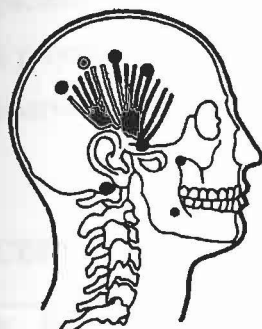
Subokcipitální krajina má klíčové postavení u funkčních poruch osového orgánu. Poruchy této oblasti se projevují nejen cervikokraniálními obtížemi, ale i potížemi ve vzdálených úsecích páteře. Důkazem je známý efekt Palmerovy chiropraktické techniky „whole in one“ (manipulací atlasu lze ovlivnit i vzdálené obtíže v bederní krajině)(89).

Změna funkce nebo struktury kraniocervikálního přechodu bývá zdrojem cervikokraniální algické symptomatologie a hraje proto velkou roli v diferenciální diagnostice poruch zadní jámy lební a horní krční páteře. Je důležité rozlišení zda bolestivý pocit při kyvu hlavy přichází na začátku pohybu nebo až v jeho průběhu, popř. na konci. Předchází-li bolest pohybovému omezení, je nutno uvažovat o reakci z dálky a myslet na možnost iritace mening z oblasti zadní jámy lební. Při bolesti v průběhu a ke konci pohybu jde o lokální iritaci natahovaných svalů, či vazů (11,58,89).

V dnešní době převažují sedavé zaměstnání a pohyb v našem životě ubývá. Práce v sedě nutí k upřenému pozorování textů, či monitoru pod malým zorným úhlem. To má za následek izometrickou aktivaci subokcipitálních svalů. Ta omezuje cirkulaci ve svalech, což vede k nepříjemnému tlaku v zátylku. Dá se tedy říci, že dlouhodobá izometrická aktivace krátkých šíjových svalů způsobuje „vertebrogenní“ poruchy spojené s bolestmi hlavy a posturální nejistotu (kraniocervikální syndrom), jež se musí správně diferenciovat od poruch vestibulocerebelárních (Hautantovou zkouškou). Cervikogenní původ posturálních nejistot se vyskytuje poměrně často zejména u přecitlivělých, úzkostných osob. Palpačně citlivé subokcipitální svaly se stávají centrem spoušťových bodů (trigger points) s různými symptomy, které se projevují jako lokální bolesti, migrenózní cefalgie nebo i pseudo/ménièreké paroxysmy (záchvaty) (87,89).

Častou exogenní příčinou vzniku CC symptomatologie bývá práce v dlouhotrvajícím mírném předklonu hlavy. Nejčastějšími příznaky jsou bolestivé periostové body na příčných výběžcích a trnovém výběžku C2, na příčných výběžcích C1 a při horním okraji lopatky. Nesmí nám také uniknout časté dýchání horního typu s omezením dolního hrudního a abdominálního dýchání. Nejdůležitější svalové i spoušťové body, při horním typu dýchání, bývají v krátkých extenzorech hlavy, v horní části m. trapezius, m. levator scapulae, m. sternocleidomastoideus a bránici (signalizuje i účast HSS) (52,69,89). Bolestivé body se vyskytují v určitém nakupení, mohou být ve svalových úponech nebo na začátcích svalů, ale není podmínkou, aby svaly byly ve spazmu, nebo zkrácené. Nejčastější bolestivé body na záhlaví: při úponu lig. nuchae, kolem úponu membrana occipitalis externa a v místě již zmiňovaných krátkých subokcipitálních svalů. Další jsou bolestivé body v temporální krajině

při úponu m. temporalis, v preaurikulární krajině bolestivý úpon m. masseter a temporomandibulární kloub (Obr. 6). Bolestivé body je vhodné při vyšetření vyhledávat, protože může jít o latentní trigger points, jež sami o sobě v klidu nebolí, ale mohou udržovat patologický kruh a vyvolávat neustále bolesti hlavy a šíje (69).



Obr. 6 Bolestivé body na temporální krajině
Převzato z: Rychlíková, 1997

Jednou z častějších příčin bolesti v šíjové oblasti bývá blokáda v některém z pohybových segmentů krční páteře. Blokáda také bývá příčinou tzv. akutního ústřelu, kde pozorujeme strnulé držení šíje, omezený rozsah pohyblivosti do rotace a lateroflexe hlavy, ale i předklonu a záklonu. Nejčastěji zde bývá blokáda C2/C3. Pokud blokáda není akutní, bývá bolest v šíji nejčastěji pouze jedním z příznaků cervikálního syndromu. Jen výjimečně není bolest v šíji doprovázena bolestí hlavy nebo v oblasti ramene, tj. dermatomu C4 a HAZ v okolí proc. styloideus (os temporale) u blokády v hlavových kloubech (52).

Ze svalů spojujících šíji s pletencem ramenním bývají nejvíce přetěžovány m. trapezius a m. levator scapulae, neb nesou celou váhu horních končetin. Například nošení těžkých břemen může způsobit řadu cervikokraniálních a cervikobrachiálních obtíží, zejména úponovou bolestivost na lopatkovém úhlu a v zátylku.

Změny konzistence scalenových svalů, mohou změnit poměry ve fissura scalenorum a v okolí, že se mohou objevit příznaky tzv. „skalenového syndromu“, nebo příznaky tzv. „horní hrudní apertury“, jež se projevují různými senzitivními, motorickými i vazomotorickými poruchami, jež mohou připomínat cervikokraniální i cervikobrachiální syndrom (88).

Každý pohybový segment krční páteře může být postižen také degenerativním procesem, kde jsou funkční a strukturální poruchy propojeny. Vzhledem k anatomickému uspořádání je onemocnění meziobratlové ploténky v krční páteři omezeno na segmenty C2/3 až C7/Th1.

V klinické praxi převládají kořenové syndromy ze segmentů C5/6 (20%) a C6/7 (70%). Míšní kořen může být deformován unilaterálně nebo bilaterálně. U většiny mladých pacientů vznikají příznaky náhle následkem známého mechanismu, často jde o izolované postižení jednoho míšního kořene posterolaterálním nebo foraminálním výhřezem ploténky. Starší pacienti s degenerativními změnami páteře spondylotického charakteru mají větší sklon k polyradikulárnímu postižení. Běžnými nálezy jsou osteofyty především v oblasti intervertebrálních kloubů (39,53).

CERVIKOKRANIÁLNÍ SYNDROM

- **Bolesti hlavy cervikálního původu** (69, 52, 40, 1)
 - jsou zřejmě nejčastější formou bolestí hlavy
 - zahrnuje i „tenzní bolesti hlavy“, jež bývají pokládány hlavně za psychogenní. Zvýšené svalové napětí je následkem téměř všech funkčních poruch páteře, je zde jedno zda jde o exogenní přetěžování, vadné držení, psychické napětí, svalovou dysbalanci, či o poruchy pohyblivosti jednotlivých pohybových segmentů krční páteře a trigger pointy.
- Anteflexní bolest hlavy
 - v r. 1979 ji popsal Gutmann, jako bolest hlavy vyskytující se převážně u dětí
 - bolest vzniká přílišným napětím vazů, především lig. transversum atlantis
 - v dospělosti se může vyskytovat při déletrvajícím předklonu hlavy
 - touto bolestí trpí zvl. hypermobilní jedinci
- Retroflexní bolest hlavy
 - vznikají při déletrvajícím záklonu hlavy, ostatní pohyby jsou bez omezení
 - často se vyskytuje trauma v anamnéze za současné retroflexe hlavy
- Bolest hlavy v důsledku poruchy statiky páteře (např. nesymetrické zatěžování DKK; šikmá pánev; SI, LS, ThL, CTh, CC blokáda aj.)
 - porucha statiky páteře může vyvolat zcela vzdálené příznaky (např. bolest hlavy)
 - bolesti hlavy této etiologie nejsou vzácností, na což poukázal Gutmann (69)
 - důležitost komplexního vyšetření funkce páteře jako celku!
- Kvadrantový syndrom (69)
 - vzniká iritací cervikálního sympatiku z různých oblastí krční páteře
 - je zde určitá konstitucionální dispozice ke zvýšené vegetativní odpovědi
 - výskyt převážně u nemocných, u kterých bylo trauma v anamnéze

- objektivně: jsou přítomny vegetativní příznaky na celém horním kvadrantu (hrudník, C páteř, ramenní pletence), jež jsou totožné se subjektivními obtížemi, blokády v různých segmentech C páteře, jejich odstranění, však klinický obraz neovlivňuje
- **Mandibulokraniální syndrom (52)**
 - bolest hlavy při bolestivém temporomandibulárním kloubu a bolestivých spazmech žvýkačích svalstva
 - příčiny:
 - a) při skusu dochází k nesprávnému postavení chrupu (vadný chrup, nebo protéza)
 - b) svalové přetížení až spazmy žvýkačích svalů (skřípání zuby, nesprávný stereotyp žvýkání apod.)
- **Bolest hlavy (klasifikace Mezinárodní společnosti pro bolest hlavy 1988) (40,58,69)**
 - 1) Migréna
 - a) Migréna bez aury – paroxysmální bolesti hlavy (4-72h), jednostranné lokalizace, pulzujícího charakteru, silné intenzity, zhoršení při fyzické námaze, nauzea, světloplachost, zvukoplachost
 - b) Migréna s aurou – aura má ložiskový charakter (př. jednostranná parestezie, slabost, afázie, dysartrie, vertigo, tinnitus, snížení bdělosti.., cefalea nastupuje nejpozději hodinu po objevení aury
 - 2) Tenzní bolesti hlavy – epizodické / chronické – nejčastější typ, trvají až několik dní, obvykle oboustranné, pocit tlaku (oblast spánků, za očima, v týle), napětí, zřídka nauzea/závratě, palpační citlivost svalů šíje, často závislé na psychogenních podnětech (neurotici), při vyčerpání, abúzu některých léků (zvl. analgetik)
 - 3) Cluster headache a jiné chronické paroxysmální hemikranie, též cyklická cefalea
 - a) Cluster headache je krutá jednostranná bolest v orbitě, periorbitálně nebo ve spánku (15-180 min – bez léčby), slzení, sekrece z jedné nosní dírky, ptóza víčka, více postihuje muže, může trvat až několik týdnů
 - b) Cyklická cefalea – podobné předchozímu onem., více u žen, kratší ataky (př. minuta) opakující se až 20krát denně
 - 4) Různé bolesti hlavy bez strukturální léze: idiopatické bodavé bolesti; bolesti při zevní kompresi hlavy; bolesti při podráždění chladovými podněty; bolesti při kašli; při námaze; v souvislosti s koitem
 - 5) Bolesti po úrazech hlavy
 - a) Akutní posttraumatická bolest hlavy – mizí po několika hodinách-dnech

- b) Chronická postraumatická – většinou součástí kraniocerebrálních poranění (tj. např. kontuze, fraktury lbi, epidurálního, subdurálního hematomu), navazuje na komoci, může být nevýrazná, na vzniku se může podílet traumatické poškození C páteře s poruchou dynamiky
- 6) Bolesti hlavy spojené s vaskulárními chorobami: akutní ischemické choroby (př. TIA); intrakraniální hemoragie; intermeningeální krvácení; vaskulární malformace a aneurysmata; arteriální hypertenze; venózní trombózy atd.
- 7) Bolesti hlavy spojené s nevaskulárními intrakraniálními poruchami: nitrolební hypertenze; intrakraniální infekce / nádory atd.
- 8) Bolesti hlavy v souvislosti s podanými látkami nebo s jejich odejmutím: př. analgetika, nitráty, alkohol, kofein, antikonceptiva atd.
- 9) Bolesti hlavy při celkových infekcích
- 10) Bolesti hlavy spojené s metabolickými poruchami: př. hypoxie (včetně při pohybu ve vysokých nadmořských výškách); hyperkapnie atd.
- 11) Bolesti hlavy, obličeje spojené s patologickými procesy: př. na lebce, krku, očích atd.
- 12) Kraniální neuralgie
- a) Bolesti vycházející z mozkových nervů (př. demyelinizace, záněty)
 - b) Neuralgie trigeminu
 - Idiopatická – příčina neznámá, záchvaty krutých bolestí v oblasti jedné ze tří větví n. trigeminus, přítomnost spoušťové zóny – místo na kůži, či sliznici ústní dutiny, kde lze vyvolat bolest pouhým dotykem
 - Sekundární – způsobena patologickým procesem v okolí větve trigeminu (př. afekce zubů, kožní zánětlivé procesy, jizvy v okolí nervu apod.), nebývá záchvatovitá, spíše trvalejší, bez spoušťové zóny
 - c) Neuralgie n. glossopharyngei – méně častá než neuralgie trigeminu, však obdobné příznaky – šlehavé bolesti v oblasti tonzily, vystřelující k uchu a ke kořenu jazyka, potíže s polykáním
- **Cervikální závrat'** (1,2,69)
 - mohou mít nejrůznější charakter i příčiny
 - častá psychogenní složka (neurotizující obava ze vzniku závratě a jejího následku – pád, nejistota..)
 - Diferenciální diagnostika závratí:
 - Ménièreova choroba
 - Centrální vestibulární poruchy

- Nádory zadní jámy lebeční
- Postižení mozečku
- Bulbopontivnní tumory
- Neurinom n. akusticus
- Insuficience a. verbebralis
 - a. verbebralis zásobuje jak kostěný labyrint obsahující vestibulární receptory, tak struktury mozkového kmene, integrující aference propioceptivní, labyrintové a vizuální
 - závrať přítomná při záklonu a rotaci hlavy (uskřípnutí a. vertebralis) – De Kleijnův test je pozitivní
 - přítomnost známek aterosklerózy
- Vertebrogenní závrať
 - vzniká poruchou propiocepční signalizace, protože je neslučitelnost mezi signalizací z šíjových svalů a mezi signály z labyrintu
 - závislost závratí a Hautantovy zkoušky na změně polohy hlavy vůči trupu (postavení C páteře)
- **Stavy po úrazech krční páteře (1,59,69)**
 - na souvislost bolestí hlavy a šíje s traumatem v anamnéze poukazují mnozí autoři, Bärtschi-Rochaix, Reischauer, Henner, Gutzeit, Gutmann, Lewit, Brügger a další
 - příznakem bývá mozková komoce, kdy při nárazu hlavy dojde k prudkému pohybu krční páteře a vzniku funkčních blokád, bezprostředně po úraze jsou v popředí obtíže způsobené komocí, protože obtíže způsobené blokádou se projeví až po určité době latence
 - Poranění způsobená prudkou akcelerací nebo brzděním – „Whiplash injury“ = „švihnutí bičem“
 - vzniká při prudkém nečekaném nárazu, či zabrzdění (autonehody)
 - obtíže vznikají buď hned po nárazu, nebo až během několika hodin, kdy dojde k omezení pohybu hlavy s bolestmi hlavy a šíje, takže nemocný drží hlavu strnule a brání se aktivnímu pohybu, mohou být i závratě, nejistota, nauzea, zvracení..
- **Některé anomálie krční páteře (59,69)**
 - Anomálie krční páteře zahrnují kostní, vazivové, svalové a cévní anomálie.
 - Bazilární imprese
 - vrozená anomálie s typickým rtg nálezem: okraje foramen occipitale magnum se vtlačují do zadní jámy lebni
 - klinicky se manifestuje až kolem 40-50 roku vznikem CC syndromu

- nemocní mívají krátký krk, předsunuté držení hlavy, zvětšenou C- Th kyfózu, je těžko hmatný oblouk atlasu a příčné výběžky, trn C2 je velmi blízko záhlaví
- o Cervikální myelopatie
- chronické postižení krční intumescence, které je způsobené degenerativními změnami, osteochondózou a osteofyty, které promínují do páteřního kanálu a vedou k míšní kompresi
- klinický obraz: postupný vývoj, spastická paraparéza na DKK s poruchou hlubokého cití, později i periferní postižení HKK
- o Asymetrie v atlasu
 - foramen aronatum atlantis
 - krátký zadní oblouk atlasu
 - spina bifida atlantis
 - hypolpazie atlasu
- o os odontoides
- o stenóza páteřního kanálu

4.1.4 Terapie cervikokraniální symptomatiky

Funkční význam krční páteře, zvl. kraniocervikálního přechodu, je obrovský: je dán účastí v posturálních funkcích, jejich iniciací. Aferentace – propiocepce z této oblasti, propojení s propioceptivní aferentací z okohybných svalů vestibulárního ústrojí dává dominantní místo při zapojení a aktivaci pohybů axiálního řetězce i startování pohybů dalších segmentů a končetin. Neméně důležitý je topický i funkční vztah ke strukturám v zadní jámě lební a cervikální míše (51,89).

Symptomatika je v této části bohatá. Bareš ve své knize popisuje celkem 67 syndromů, které se týkají této oblasti (4). V praxi se proto symptomatikou kraniovertebrální setkáváme velmi často zvl. na rehabilitacích. Možnosti ovlivnění jsou četné, samozřejmě musí předcházet důkladná diagnostika, která by vyloučila strukturální poruchu a funkční poruchu se snažila lokalizovat. Po řádném odebrání anamnézy a vyšetření pohybového aparátu, či jinými slovy provedení kineziologického rozboru si vytváříme závěr a z něj vyplývající návrh terapie (51).

Možnosti ovlivnění cervikokraniální symptomatiky jsou následující:

- a) medikamentózní
- b) fyzioterapeutické
- c) alternativní postupy – akupunktura, akupresura a další (51)

Z pohledu fyzioterapie máme řadu možností, jak přistoupit k terapii a kterou metodu, či terapeutický koncept, si zvolit pro práci s klientem. Obecně můžeme říci, že se snažíme o to, aby výsledným efektem bylo snížení či odstranění bolesti, celková úleva, zmírnění až vymizení potíží pacienta. A je lhostejno, kterou z metod volíme. Záleží na individuální reakci pacienta, na schopnostech, znalostech a zkušenostech terapeuta. Také záleží na tom, jak hluboko pronikneme do pacientových senzomotorických systémů, dle toho budeme úspěšní v léčbě.

Obecné poznámky k možnostem fyzioterapie u pacientů s cervikokraniální symptomatikou:

a) Manuální medicína zahrnující techniky:

- K ovlivnění měkkých tkání (kůže, podkoží, fascie, sval), kam bychom mohli zařadit celou škálu přístupů včetně např. PIR dle Lewita, techniky PNF dle Kabata, hlazení dle Hermachové (26), manuální lymfatickou drenáž, facilitační a relaxační metodu pomocí míčků, reflexní masáž apod. Techniky volíme na základě správného rozlišení příčiny vzniku např. velmi častého svalového hypertonu (viz. kapitola 4.3.3).
- Techniky za účelem obnovení normální pohyblivosti v kloubech, včetně kloubní vůle. Lewit manipulační léčbu dělí na dvě techniky: mobilizační a nárazové manipulace (52).

b) Techniky využívající převážně propioceptivní stimulace. Z klinické praxe je patrné, že funkční poruchy se nevyskytují izolovaně, ale jsou zřetězeny. Ukazuje se, že klíčem pro pochopení těchto funkčních souvislostí na mimosegmentální úrovni je centrální program, který uzrává v průběhu posturální ontogeneze. Prostřednictvím tohoto programu jsou definovány senzomotorické vztahy mezi jednotlivými články organismu. Jejich existence má zásadní význam pro diagnostické a terapeutické postupy ve fyzioterapii. Tohoto principu využívá zvl. Vojtova metoda, cvičení metodou Roswithy Brunkovové, senzomotorická stimulace, PNF atd. (21,41,82).

c) Ergonomie denních aktivit, zvl. v prostředí na pracovišti. Většina funkčních poruch, které vznikají jako důsledek monotonně-statického zatížení pohybového systému, vedou k vytvoření patoneurofyziologických pohybových programů. Odstraněním těchto programů a vštípením nových, ve smyslu optimálního pohybového chování, se zabývá zvl. Brüggerův koncept. Brügger se snaží poukázat na důležitost odstranění přítomných rušivých faktorů, korigovat chybné držení těla a zlepšit pohybové vzory, zvl. díky ADL cvičení (67).

- d) Relaxace, při kterých nám jde převážně o snížení zvýšeného duševního napětí s odezvou na pohybovém systému. Řadíme sem techniky, které tlumí celkově nejen motorický systém, ale i psychiku, a techniky pracující s tělesným schématem (Schultzův autogenní trénink, relaxační techniky jógy, dechová cvičení, Jacobsonova progresivní relaxace, prvky shiatsu, Feldenkreisova metoda aj) (20,21,62). Jelikož je to problematika pro tuto práci důležitá, podrobněji se o některých technikách zmiňuji v kapitole 4.3.4.1.
- e) Fyzikální léčba je velmi širokým pojmem s řadou možností. Ráda bych pouze naznačila používané techniky ke snížení častého svalového hypertonu (zvl. na podkladě limbického systému, viz. kapitola 4.3.3) v oblasti hlavy, šíje a ramenních pletenců. Převažují myorelaxační metody (např. pozitivní termoterapie a hydroterapie), v rámci komplexního přístupu převážně ultrasonoterapie pro její spazmolytický a analgetický účinek, dále pak např. méně známá audiovizuální stimulace (psychowalkman) pro navození relaxace aj. (9,62).

Jak již bylo řečeno, základní podmínkou efektivní terapie je správné rozlišení příčiny vzniku potíží, což zahrnuje diferenciálnědiagnostická rozvaha. Zhodnocení stavu nemocného po stránce fyzické i psychické, včetně znalosti prostředí ve kterém se pohybuje. Přistupujeme-li k pacientovi holisticky, a chápeme-li člověka jako bio-psycho-sociální jednotku, lze vybrat ze zmíněných přístupů účinný terapeutický postup. Ten nelze shrnout do jednoho přesně vymezeného terapeutického přístupu platného pro všechny nemocné se stejným nálezem, ale je nezbytné selektivně zvolit individuální postup pro každého nemocného zvlášť (62).

4.2 Vztah psychiky a somatiky

Již tisíce let, ať zvolíme jakékoliv období v historii, vždy se našli mezi lékaři „osvícení“, kteří hlásali holistický, celostní, nebo také komplexní přístup k pacientovi. Dnešní věda, zaměřená na sčitatelné, hmatatelné a pozorovatelné, psychosomatické vztahy na jednu stranu tento přístup připouští, avšak zároveň se pokouší o jejich maximální vyloučení v rámci svých „objektivních vědeckých studií“. Psychika není objektivně měřitelný faktor a narušuje vztahy kauzality, na které je západní věda orientovaná. Člověk není stroj a po stejném zákroku u dvou jedinců nedojde ke stejné odpovědi. Je obtížné zachytit příčinu a následek, když zdravotní stav člověka ovlivňují také životní postoje a zkušenosti, míra stresu, víra v uzdravení, síla vůle, vliv sociálního okolí a další faktory (85).

Lidské tělo a psychika jsou absolutně propojené nádoby. Dnešní medicína zapomíná na velkou sílu psychiky (41). V každém uzdravovacím procesu hraje psychika značnou roli, u funkčních poruch pohybového systému má však zvláštní postavení (85). Pohybová soustava je efektozem psychiky realizující volní pohyb. Vědomé a podvědomé procesy se ocitají na začátku řetězce reakcí vedoucích ke spouštění pohybu, jsou tedy přímou součástí této funkce. Funkce (fyziologie) je stejně reálná jako struktura (anatomie) (52). Vycházíme-li z této teorie, pak kterýkoli z aktivních svalů může být zdrojem poruchy, a tudíž klíčovým z hlediska vstupu do lidského organismu (85,78).

Přijmeme-li psychiku jako součást funkce, musíme pak také postupy vedoucí k jejímu ovlivnění přijímat jako důležitou součást terapie a neodkazovat je pouze k terapii v oblasti psychiatrie a psychologie. Psychická tenze bývá u pacientů přítomna již z důvodu probíhajícího bolestivého onemocnění. Do jaké míry se však psychická tenze podílela na vzniku funkční poruchy, je otázkou diferenciální diagnózy, na kterou se pravděpodobně nepodaří odpovědět hned v počátku terapie. Přesto platí, že podaří-li se zlepšit duševní stav pacienta (motivací, relaxací, produkcí endorfinů v důsledku pohybové aktivity apod.), zvyšuje se i pravděpodobnost úspěchu další terapie (85,31).

V souvislosti s vlivem stresu na organismus se používá dvou podobných termínů. „Psychosomatickým onemocněním“ se rozumí chorobný stav, kde v souboru faktorů (vlivů, podmínek, činitelů) stojících u zrodu choroby je možno zjistit nezanedbatelný vliv psychiky (stísněnost, deprese, obavy a strach, úzkost, pocity ohrožení apod.). Termínem „somatopsychický jev“ se rozumí vliv tělesného stavu (horečky, zánětu apod.) na psychický stav (na celkové pocity, myšlenky, duševní únavu atd.). H. Selye (in Křivohlavý,1994) říká:

„Stres může způsobit psychické změny. Platí však i opak, změny v psychickém stavu mohou způsobit fyziologické změny, například ty, které charakterizují obecný adaptační syndrom“ (49).

4.3 Stres a jeho působení na lidský organismus

4.3.1 Problematika stresu a jeho působení na organismus

V posledních letech slovo stres zaujalo v celosvětovém měřítku první místo mezi pojmy, které masová média i my všichni používáme v souvislosti se zdravím a charakteristikou dnešní doby (83). V průběhu 20. století došlo poprvé k soustavnému experimentálnímu studiu tohoto jevu, které tím odstartovalo jednu z výrazných kapitol nejen medicíny, ale i psychosomatiky a psychologie zdraví (50).

V medicíně se hojně pojem stres používá i jako synonymum pro (vyšší míru) nabuzení činnosti CNS. Je tedy nutné, abychom rozlišovali mezi dvěmi podobami stresu – stresem „zdravým“, kontrolovaným (eustres) a stresem „nezdravým“ (distres), který překonává hranici adaptability organismu důsledky stresové reakce plně kompenzovat. Je třeba vyvrátit rozšířený omyl, že existuje psychický stres vedle somatického stresu. Z biologického hlediska existuje pouze jediný a nedělitelný mechanismus stresové reakce, který má různé podoby v závislosti na spouštěcím stresovém faktoru, který může být primárně psychosociální nebo somatické povahy. Stresová reakce vyvolaná primárně somatickými faktory bývá zpravidla organismem snadněji kompenzována (49,83).

Po vyvrcholení stresové reakce dochází k postupnému útlumu, k návratu na přibližně výchozí úroveň před jejím spuštěním. Už fakt, že čas od odstartování reakce k jejímu vyvrcholení počítáme v milisekundách, zatímco návrat k předchozímu stavu v minutách až desítkách minut jasně vypovídá o tom, že kompenzovat biofyziologický účinek stresové reakce není pro lidský organismus právě snadný úkol (49,83).

Nejznámější autoritou oblasti studia stresu je kanadský vědec Hans Selye, který je považován za zakladatele tzv. kortikoidního pojetí stresu a je autorem definice stresové reakce, jako nespecifické, fylogeneticky zakódované neurohumorální a metabolicko-funkční přípravy na nejzákladnější živočišné obranné akce, boj a útok (70).

Dlouhodobý stres působí na několika úrovních, jednak zamezuje tvorbě nových neuronů a neuronálních spojů, dále způsobuje dysbalanci neurochemických procesů v mozku, čímž

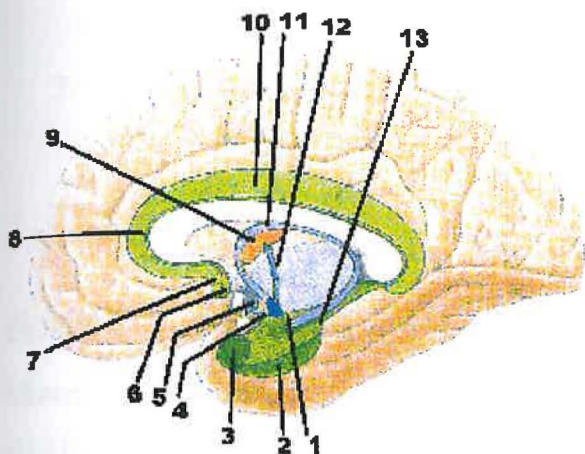
dochází ke zvýšení hladiny některých látek, které mají neurotoxické účinky. Kromě toho se stres podílí na snížení počtu a délky neuronálních dendritů (86).

4.3.2 Emoční mozek

Odborníci se shodují v názoru, že emoce neboli pocity mají složku biologickou, psychologickou i společenskou. Podkladem biologické složky citového života je činnost limbického systému a jeho vztahy zejména k čelním mozkovým lalokům a mozkovému kmeni. Podkladem psychologické a společenské složky emotivity je zkušenost neboli učení. Klíčem k pochopení vztahu „základní“ emotivity rozlišující pouze ano/ne, tedy příjemné od nepříjemného, je pochopení stavby a činnosti limbického systému (44). Latinské slovo limbus je česky hranice, limbický systém je takto označen proto, že některé jeho části jsou na „hranicích“ mozkového kmene v místech, kde kmen „vstupuje“ do mozku. Limbický systém (LS) (obr.7) je přesložitá soustava, kterou můžeme rozdělit do tří částí:

1. Část korovou, tou je gyrus cinguli a gyrus parahippocampalis, tvoří zmíněnou „hranici“ kolem vstupu do mozku. Sem se připočítává amygdala neboli mandlové jádro, složité nakupení mnoha skupin nervových buněk umístěné v hloubce přední části spánkových laloků. Amygdala hraje významnou úlohu v procesu utváření emocí, zvláště pak strachu (16,43). Funkční zobrazovací metody dokazují, že se amygdala aktivuje během negativních afektivních stavů, jako je smutek či úzkost.
2. Další částí je „oblak“ neuronů probíhající spodními a vnitřními částmi mozku, mezimozkem až do mozkového kmene. Tomuto oblaku nakupenin nervových buněk se říká septo-hypotalamo-mesencefalické kontinuum.
3. Některé systémy nervových buněk dalších částí mozkového kmene, které propojují mozek s vnitřními orgány. Podílejí se například na zprostředkování pocitu blaha z nasycení nebo nevolnosti při přesycení (43).

K limbickému systému řadíme dráhy dvou hlavních limbických složek: archikortexu (hipokampální formace), periarchikortexu a amygdaly. Obě složky mají bohaté spoje s paleokortexem, neokortexem a mnoha podkorovými strukturami, jako je např. talamus, hypotalamus, retikulární formace, struktury mozkového kmene.



Obr. 7 Hlavní útvary limbického systému
Převzato z: Čihák 1997

1. hippocampus
2. area entorhinalis
3. corpus amygdaloideum
4. corpus mamillare
5. hypothalamus
6. septum verum
7. area subcallosa
8. striae longitudinales corporis collosi et indusium griseum
9. nuclei anteriores thalami
10. gyrus cinguli et cingulum
11. fornix
12. fasciculus mamillothalamicus
13. gyrus dentatus

Funkce limbického systému jsou složité a výzkum této oblasti není dokončen (19).

Funkce LS, které již víme můžeme rozdělit na následující (9,33) :

1. působí jako startér volního pohybu, rozhoduje o aktivitě, iniciaci pohybu,
2. z funkčního hlediska je nejvyšším regulátorem svalového tonu, hlavně ve smyslu plus (zvýšení sv. tonu), zejména v oblasti šíje
3. ovlivňuje práh vnímání bolesti a schopnost vyrovnat se s bolestí,
4. ovlivňuje naše emoce, zodpovídá za individuální chování.

Limbický systém reguluje emoční stavy – strach a zlost, charakterovou poddajnost či vzpurnost, sexuální chování, určuje uvědomování si sebe samého zaznamenáváním a vnímáním viscerosenzitivních impulsů a v poslední době byla objevena i jeho podstatná účast v mechanismu paměti (9).

Limbický systém a jeho vliv na vznik úzkosti (43)

Vědci popsali tři uzly mapy úzkosti:

1. Akutní stav panické úzkosti je spuštěn činností některých součástí mozkového kmene, zejména locus coeruleus, kde se tvoří nervový přenašeč noradrenalin. Výběžky nervových buněk locus coeruleus je noradrenalin (reguluje vzrušivost CNS) dopravován do limbického systému a tak i do celé mozkové kůry. Z pokusů na opicích, podráždění elektrickým proudem locus coeruleus, vyplývá, že se opice začali chovat jako člověk čelící ohrožení.
2. Druhým uzlem jsou některé části limbického systému. U některých lidí je možné vyvolat záchvat úzkosti podáním různých chemických látek, např. mléčnanu sodného.

Ten způsobí změnu prokrvení parahipokampálních závitů. Záchvat úzkosti je také možné vyvolat elektrickým podrážděním amygdaly.

3. Třetím uzlem jsou některé oblasti mozkové kůry čelních laloků. Přišli na něj neurochirurgové ve 30.- 40. letech 20. století v USA, kdy se prováděla operace přerušující část spojení čelních mozkových laloků s jinými mozkovými oblastmi. Výkon se jmenuje frontální lobotomie.

Neurotransmitery ovlivňující vznik úzkosti (22)

Hlavní roli při vzniku úzkosti hrají serotonin, noradrenalin a kyselina gama-amino-máselná (GABA). Zvýšené množství serotoninu a noradrenalinových metabolitů vede k úzkosti. Zvýšení aktivity GABA úzkost naopak snižuje.

Převaha aktivačních procesů anebo nedostatek procesů útlumových mohou být způsobeny vrozenými odchylkami neurofyzilogických řídicích systémech.

4.3.3 Hypertonus na podkladě limbického systému

Vlivem dlouhodobého působení stresu na lidský organismus se objevuje svalový hypertonus popisovaný Jandou (33) jako hypertonus vzniklý na podkladě dysfunkce limbického systému.

Podle nových poznatků lze pokládat limbický systém, který rozhoduje o celkovém zaměření pohybu, za nejstarší motorický systém, který má velmi difúzní vliv na celou motoriku a ovlivňuje i emoce a vegetativní systém. Je považován spíše za systém motivující pohyb (emotional brain) než za systém, který ho řídí (88).

Pro diagnostiku hypertonu vzniklého na podkladě dysfunkce limbického systému jsou typické nálezy v následujících oblastech (9,33) :

- a) *mimické a žvýkací svalstvo*, klinickým korelátem je bruxismus, je jednou z hlavních příčin dysfunkce temporomandibulárního kloubu;
- b) *ramenní pletenec a šíje*, kde rozhodující jsou:
 - hluboké krátké extenzory šíje, které obsahují 4x více proprioreceptorů, než ostatní svaly, jsou považovány za proprioceptivní orgány, které se podílejí na udržení rovnováhy a vzpřímeného stoje,
 - m. trapezius, jeho horní část,
 - m. levator scapulae;

- c) *lumbální pletenec* – zejména při nespecifických bolestech v kříži, kdy se nedaří najít odpovídající příčinu;
- d) *svaly pánevního dna a pánve*, často se u žen jedná o funkční nespecifické obtíže – dysmenoreu, frigiditu, funkční sterilitu, u mužů o bolesti testes, mikční poruchy apod.

Klinický obraz hypertonického svalu při dysfunkci limbického systému (9,33) :

- sval spontánně nebolí, ale je v něm pociťováno určité napětí,
- je bolestivý na tlak a hlubokou palpaci,
- svalový hypertonus postihuje oblast, která není přesně ohraničena na anatomickou definici svalu,
- přechod mezi oblastí hypertonu a normotonu je pozvolný,
- je nápadný rozdíl hypertonu v závislosti na poloze těla, je nápadný pokles svalového tonu v poloze vleže (spoje LS s retikulární formací a přímá vazba na svalové vřeténko),
- je nápadná klidová aktivita na EMG .

4.3.4 Terapeutické možnosti ovlivnění hypertonu vzniklého na podkladě dysfunkce limbického systému

Jelikož se jedná o terapii obtíží vzniklých převážně jako reakce na stresovou situaci, terapii volby jsou tedy takové techniky, které tlumí celkově nejen motorický systém, ale ovlivňují i psychiku. Jedná se tedy obecně o techniky celkové svalové relaxace (9).

Relaxace fyzická i psychická spolu neoddělitelně souvisejí. I když využíváme „pouze“ techniky manuální medicíny na snižování zvýšeného napětí lokálního charakteru (PIR, manipulace měkkých tkání, ..), vždy se dostaví i relaxační efekt na psychiku. Pokud naopak pracujeme na mentálním uvolnění, dochází rovněž k harmonizaci dýchání a svalového napětí (85).

Velký význam při terapii má mluvené slovo. Dobře volená slova při vedení terapie i v běžném kontaktu s pacientem se mohou stát součástí léčebného procesu. S tím úzce souvisí i motivace, kdy se snažíme povzbudit pacienta v pozitivních změnách ve sféře pohybové a duševní (26,85).

- c) *lumbální pletenec* – zejména při nespecifických bolestech v kříži, kdy se nedaří najít odpovídající příčinu;
- d) *svaly pánevního dna a pánve*, často se u žen jedná o funkční nespecifické obtíže – dysmenoreu, frigiditu, funkční sterilitu, u mužů o bolesti testes, mikční poruchy apod.

Klinický obraz hypertonického svalu při dysfunkci limbického systému (9,33) :

- sval spontánně nebolí, ale je v něm pocíťováno určité napětí,
- je bolestivý na tlak a hlubokou palpaci,
- svalový hypertonus postihuje oblast, která není přesně ohraničena na anatomickou definici svalu,
- přechod mezi oblastí hypertonu a normotonu je pozvolný,
- je nápadný rozdíl hypertonu v závislosti na poloze těla, je nápadný pokles svalového tonu v poloze vleže (spoje LS s retikulární formací a přímá vazba na svalové vřetenko),
- je nápadná klidová aktivita na EMG .

4.3.4 Terapeutické možnosti ovlivnění hypertonu vzniklého na podkladě dysfunkce limbického systému

Jelikož se jedná o terapii obtíží vzniklých převážně jako reakce na stresovou situaci, terapii volby jsou tedy takové techniky, které tlumí celkově nejen motorický systém, ale ovlivňují i psychiku. Jedná se tedy obecně o techniky celkové svalové relaxace (9).

Relaxace fyzická i psychická spolu neoddělitelně souvisejí. I když využíváme „pouze“ techniky manuální medicíny na snižování zvýšeného napětí lokálního charakteru (PIR, manipulace měkkých tkání, ..), vždy se dostaví i relaxační efekt na psychiku. Pokud naopak pracujeme na mentálním uvolnění, dochází rovněž k harmonizaci dýchání a svalového napětí (85).

Velký význam při terapii má mluvené slovo. Dobře volená slova při vedení terapie i v běžném kontaktu s pacientem se mohou stát součástí léčebného procesu. S tím úzce souvisí i motivace, kdy se snažíme povzbudit pacienta v pozitivních změnách ve sféře pohybové a duševní (26,85).

4.3.4.1 Nejčastěji používané relaxační techniky

Progresivní relaxace podle Jacobsona (25,56,78)

Proces uvolnění se šíří (přechází) z jedné svalové skupiny do ostatních svalových skupin a přechází i na uvolnění neurovegetativně řízených orgánů a nervové soustavy, metoda učí vnímat svalové napětí a následné uvolnění, učí způsobu zbavování se napětí.

Zásady progresivní relaxace:

- a) nácvik vnímání rozdílu mezi uvolněním a napětím
- b) uvědomění si, že napětí a uvolnění se vzájemně vylučují
- c) systematický nácvik kontrakcí svalových skupin a jejich uvolnění
- d) procítění vlivu tělesné relaxace na psychické uvolnění;

Toto cvičení je vhodné zejména pro svaly, kde je určité zbytkové napětí, které nejde žádným způsobem ovlivnit a pro lidi, kteří nemají rádi nic, co by jen vzdáleně zavánělo sugescí a nevědeckostí.

Autogenní trénink (25,56,78,85)

Byl vytvořen Johannesem Shultzem (1932). Metoda vychází z předpokladu jednoty psychického a somatického a možnosti vzájemného ovlivňování; pomocí formulí a představ je navozován stav zvýšené sugestibility;

Program má šest hierarchických stupňů:

- a) tíže v končetinách
- b) teplo v končetinách
- c) regulace srdeční aktivity (pravidelný rytmus srdce)
- d) centrum tepla v oblasti břicha (solar plexus)
- e) chladné čelo (volná hlava)

Dochází ke generalizaci pocitu tíže a následného tepla.

U vyššího stupně je rozvíjena představivost.

Východní pohybová cvičení – Jóga (17,25,56,78)

Tradice jógy sahá hluboko před začátek našeho letopočtu, místem vzniku a vývoje je Indie; využívá široké spektrum technik zahrnující svalové uvolnění, uvědomování si dechu, využití představ, autosugesce,...

Jógová koncepce činnosti těla a mysli vychází z toho, že v obou se nachází homeostatický mechanismus, který směřuje k vyvážené integrální činnosti i při působení normálních vnějších a vnitřních stimulů, to znamená, že každý člověk má danou adaptační schopnost.

Cílem jógy je vypracovat cesty a způsoby, jak pomoci tělu a mysli udržet jejich rovnovážný stav, nebo ho rychle znovu získat.

Dechová cvičení (25,52,78,88,90)

Dech má velký význam pro nastavení dráždivosti nervového systému, zejména jeho nejvyšší řídící úrovně, tzn. na psychické stavy a procesy; to se projevuje také změnami dráždivosti kosterních svalů, zejména nastavením svalového tonu;

Obecně dech působí regulačně na vegetativní nervový systém a je spojovacím článkem mezi psychikou a pohybovým systémem; nádech působí na pohybovou soustavu facilitačně (tj. svalový tonus se zvyšuje), při výdechu se lépe relaxuje, dráždivost se snižuje, výdech působí na pohybovou soustavu inhibičně;

Dechových cvičení lze tedy využívat jak k stimulaci tělesných, tak psychických funkcí; optimální dýchání je klíčem k dosažení relaxace a nejúčinnější cestou ke kontrole úzkosti a svalové tenze;

Pohybové uvědomění, kinestézie (20,25,56,78)

Jedná se o využití koncentrativního cvičení, která zvyšují citlivost ve vnímání sebe sama i sebe jako součásti vnějšího světa;

Pomalým a řízeným pohybem a vyzýváním ke sledování napětí a uvolnění, porovnávání pocitů v jednotlivých částech těla se snažíme zlepšit vědomé zacházení s tělesným schématem.

Patří sem například cvičení podle Moshé Feldenkraise, Alexandrova metoda.

Práce v představě, vizualizace a imaginace (78,85)

Jde o zobecněný název pro mentální techniky, které jsou založeny na aktivní duševní práci v uvolněném stavu; obrazovými představami se pokoušíme utvořit pozitivní řešení problému; např. po úrazu končetiny si nemocný představuje mizející otok.

Využití manuálního kontaktu (18,26,31,78)

Využití relaxačního účinku klasické masáže, plochého tlaku, exteroceptivní facilitace - inhibice hlazením dle Hermachové;

Využití Techniky shiatsu pro celkovou relaxaci: pomocí tlaku (např. manuální kontakt stiskem prstů, plochou dlaně, ploskou nohy) přes mechanoreceptory se stimuluje mozková kůra, tato informace se dostane zpět do tkání a tam nastane rovnováha (jin = jang, shiatsu je založené na znovuoobnovování homeostatického stavu organismu);

„Kontaktní relaxace“ – práce ve dvojicích, ležící (relaxující) je zcela pasivní; využití synchronizace dechu (hluboký jógový dech) a manuálního kontaktu (uvolnění hlavy ležícího, protažení nohou do dálky).

Technika biologické zpětné vazby (biofeedback) (25,56,78)

- rozvoj koncem 60. let 20. století v USA, využití pro dosažení a nácvik jak lokální, tak celkové relaxace;
- technika prokazuje možnost ovlivnit fyziologické parametry vědomou psychickou činností (nejčastěji sledování kožně galvanického odporu, povrchové teploty, TF, TK);
- osoba dostává informace o úspěšnosti vlastních pokusů o ovlivňování určité funkce, biologické zpětné vazby využívají relaxační počítačové programy (např. psychowalkman).

Relaxační účinky sportu (25,78)

Využití „přeladění, kompenzace, aktivní relaxace“; hlavním regulačním mechanismem je příjemnost prožívání sportovní aktivity.

4.3.4.2 Prostředky fyzikální terapie

Využívají se především myorelaxační a spasmolytické účinky termoterapie a hydroterapie. Indiferentní, vlažné či déletrvající teplé procedury působí celkově relaxačně. To samozřejmě souvisí s ovlivněním CNS (limbický systém). Při delším trvání teplých, nikoliv horkých procedur, se také snižuje dráždivost motorických i senzitivních nervových vláken a svalových vřetének (60). Obecně používáme procedury, které jsou určeny ke snížení stavů úzkosti, vyrovnaní vegetativní dystonie, ovlivnění nespavosti, zmírnění bolestí hlavy a migrén, zlepšení krevního oběhu (chladné nohy), podpoře imunity apod (9,60).

Příklady indikace procedur vhodných k ovlivnění svalového hypertonu vzniklého na podkladě zvýšené excitability limbického systému (9,60):

- | | |
|---|---|
| - Koupel celková izotermická | - Celkový zábal suchý |
| - Koupel celková teplá | - Sauna |
| - Perličková koupel | - Přírodní helioterapie, klimatoterapie |
| - Střídavé nožní koupele | - Umělé zdroje UV záření |
| - Koupele s rostlinnými přísadami (např. smrkové jehličí a kůra, dubová kůra, seno, ovesná sláma, heřmánek, rozmarýna, baladrián, puškovec, tymián, levandule, meduňka) | |

4.4 Neurotické poruchy

4.4.1 Historie a vývoj neurotických poruch

Pojem neuróza se objevil koncem 18. století, kdy označoval "nehorečnaté onemocnění smyslů a pohybů". V Kraepelinově učebnici z r. 1896 byla neuróza začleněna mezi exogenní duševní poruchy. Výraz neuróza se od 80. let 20. století přestal v odborné literatuře užívat a je nahrazen termínem neurotické poruchy (22).

Koncem 19. století Sigmund Freud popsal úzkostnou neurózu jako důsledek potlačeného libida (sexuální pudové síly) a průvodních fyziologických reakcí. Freud rozdělil neurózy do dvou skupin. Do první skupiny zařadil tzv. neurastenie a hypochondrie, které považoval za biologicky podložené. Do zbývajících skupiny zahrnul tzv. psychoneurózy, které považoval za úzkostné stavy charakterizované difúzním pocitem obav nebo hrozby, které dle jeho názoru vznikaly na podkladě potlačených myšlenek nebo přání. Sem patřila hysterie, fobie a nutkavá neuróza. Freud považoval neurotické problémy za důsledek nevyřešených, potlačených problémů vycházejících z minulosti, (dle jeho názoru, pocházejících z raného dětství). Tvrdil, že tyto konflikty jsou potlačené v nevědomí a mohou se dostat do vědomí v podobě skrytých symbolů (sny, chybné úkony), což u jedince vyvolává stavy úzkosti a somatické potíže. Jeho léčba, tedy psychoanalýza, se soustřeďovala na detailní rozbor minulosti jedince; tam viděl podstatu problému (22,29).

Jeho žák, Carl Gustav Jung, chápal neurózu jako výsledek konfliktu mezi možnostmi dosáhnout individuace (což znamená proces naplňování osobnostního potenciálu, který pokračuje během celého života a člověk postupně získává pocit jedinečnosti své vlastní identity) a přiměřenou adaptací v realitě (22).

Jiný návrh definice nabízí kognitivně behaviorální škola, která tvrdí, že jde o naučené maladaptivní chování, jež vede k pocitům strachu, nejistot, sníženému hodnocení a sociální izolaci. Změnou, tedy "odnaučením" tohoto chování, se odstraní i tyto nepříjemné pocity a vlastním překonáním se zvýší i pocit sebejistoty a sebevědomí (61).

Zajímavý pohled na neurotickou úzkost nabízí existenciální teorie, vycházející z filosofického smýšlení. Neurotická úzkost je reakcí na obrovskou prázdnotu existence a ztrátu smyslu života. Pakliže se jedinci podaří smysl života nalézt, zanechat na zemi smysluplnou stopu, je existenciální úzkost zredukována. Tuto teorii preferoval Viktor. E. Frankl ve své logoterapii, která se zabývala právě existencí jedince a smyslem života (22,46).

Neurotické poruchy vznikají působením psychických a sociálních vlivů na jedince, který má vyšší vnímavost a zranitelnost. Tato zranitelnost může být vrozená, ale velmi často je získaná v dětském věku, kdy rodina není schopna dítěti zajistit pocit bezpečí (22).

4.4.2 Charakteristika neurotických poruch

Neurotické poruchy patří mezi nejčastější poruchy zdraví. Neurotická porucha je definována jako duševní porucha, bez zjistitelné organické příčiny, při níž má nemocný dostatečný náhled. Postoj k realitě není u něj narušen a obvykle se neprojevují zmatené chorobné názory a fantazie o okolním světě. Chování sice může být ovlivněno, obvykle ale zůstává v sociálně přijatelných mezích. Osobnost není narušena. Potíže mají někdy zřetelnou, jindy ne zcela jasnou nebo zcela uvědomovanou souvislost s duševními otřesy a problémy ve vztazích, v rodině, v práci a vůbec mezi lidmi. Pramení ze závažných konfliktů vnějších nebo vnitřních, někdy velmi silných, jindy spíše dlouhodobých, které často souvisejí i s vývojem, postoji a osobními vlastnostmi jedince (22,71).

Do tělesných potíží, které mohou být neurotického původu, patří např. bolesti hlavy, závratě, tlak či píchání, bušení srdce, tlak nebo bolesti žaludku, říhání, nechutenství, zvracení, průjmy, třes rukou nebo chvění či záchvaty křečí celého těla, ztráta hlasu, nadměrné pocení, brnění či svědění, bolesti nejrozličnějších částech těla (46,54).

K neurotickým potížím duševního rázu patří např. stavy napětí, podrážděnost, pocit vyčerpanosti a nepřiměřené únavy, deprese, převládají myšlenky, že život nestojí za nic, všechno je špatné, nic nemá cenu. Častým příznakem je úzkost. Úzkost bývá definována jako nepříjemný emoční stav provázený psychickými a somatickými znaky jako strach, s tím rozdílem, že příčina úzkosti není známa, proto je někdy úzkost označována jako "strach z ničeho". Má svoji délku trvání a intenzitu (22,29,46).

Jiné potíže mají ráz nutkavých myšlenek; člověku se vnucují určité představy, napadá ho, že má něco udělat a když to neudělá, něco zlého se mu stane. Nebo člověk pociťuje obrovský strach, např. má strach z ostrých předmětů, z velkého prostranství, nebo zase z uzavřeného prostoru. Jedinec má strach ze ztráty vědomí, ztráty kontroly nad sebou, zešílení i ze smrti.

Často se i u této poruchy vyskytují poruchy spánku, pocity vnitřního napětí, pocit slabosti vůle. Jedinec se nedokáže řádně soustředit, věnuje více času kritickému přemýšlení o sobě, věcech kolem sebe. Není schopen se rozhodnout. Myslí převážně jen na smutné události, má

sklon k sebeobviňování, sebepodceňování a pláči. Jeho tendence řešit problémy s okolím jsou provázeny nepřiměřenými výbuchy vzteku, kritikou. Někdy se člověk uchyluje do nemoci, nebo řeší své problémy nadměrným užíváním léků a alkoholu. Zvláštním neurotickým příznakem jsou obavy z nemoci, přehnané obavy o vlastní zdraví a vztahování různých chorobných příznaků druhých na sebe (46,54,61).

4.4.3 Rozdělení neurotických poruch dle mezinárodní klasifikace nemocí MKN-10

V současně platné 10. revizi mezinárodní klasifikace nemocí MKN – 10 jsou neurotické poruchy zařazeny podle hlavních skupin příznaků (22,95).

F 40 Fobické úzkostné poruchy

- F 40.0 Agorafobie

- F 40.1 Sociální fobie

- F 40.2 Specifické (izolované fobie)

F 41 Jiné úzkostné poruchy

- F 41.0 Panická porucha

- F 41.1 Generalizovaná úzkostná porucha

- F 41.2 Smíšená úzkostně depresivní porucha

- F 41.3 Jiné smíšené úzkostné poruchy

- F 41.8 Jiné specifikované úzkostné poruchy

F 42 Obsedantně kompulzivní porucha

- F 42.0 Převážně obsedantní myšlenky a ruminace

- F 42.1 Převážně nutkavé jednání

- F 42.2 Smíšené obsedantní myšlenky a jednání

F 43 Reakce na závažný stres a poruchy přizpůsobení

- F 43.0 Akutní reakce na stres

- F 43.1 Posttraumatická stresová porucha

- F 43.2 Poruchy přizpůsobení

F 44 Disociativní (konverzní) poruchy

- F 44.0 Disociativní amnézie

- F 44.1 Disociativní fuga

- F 44.2 Disociativní stupor

- F 44.8 Jiné disociativní poruchy

F 45 Somatoformní poruchy

F 45.0 Somatizační porucha

F 45.2 Hypochondrická porucha

F 45.3 Somatoformní vegetativní dysfunkce

F 45.4 Přetrvávající somatoformní bolestivá porucha

F 45.8 Jiné somatoformní poruchy

F 48 Jiné neurotické poruchy

F 48.0 Neurastenie

F 48.1 Depersonalizační a derealizační syndrom

F 48.8 Jiné specifikované neurotické poruchy

Nejčastější diagnózy

Nejčastější diagnózy, pro které jsou klienti hospitalizováni v Psychiatrické Léčebně Bohnice na pavilónu 3, jsou poruchy přizpůsobení, smíšená úzkostně depresivní porucha a generalizovaná úzkostná porucha (72). Jelikož ve speciální části diplomové práce se zabírám právě klienty z tohoto pavilónu, přiblížím nyní tyto nejčastější diagnózy podrobněji.

Generalizovaná úzkostná porucha F 41.1

Základním rysem je trvalá úzkost, která není omezena na žádný specifický podnět, ale týká se zvládání běžných, každodenních situací. Objevuje se nadměrné a nereálné úzkostné očekávání, obavy z hrozícího neštěstí, neschopnost rozhodnout se, obtížná koncentrace pozornosti, pochybnosti o správnosti vlastních rozhodnutí, jedinci se nadměrně zabírají stresujícími myšlenkami. Vyskytují se také poruchy spánku, bolesti hlavy, třes rychlá únavnost, neschopnost uvolnit se, točení hlavy, závratě, nevolnost, tachykardie, tachypnoe atd. Průběh tohoto onemocnění je kolísavý a chronický (22,29,54).

Smíšená úzkostně depresivní porucha F 41.2

U pacientů trpících touto poruchou jsou přítomny symptomy úzkosti i deprese, ale žádný nepřevládá natolik, aby byla diagnostikována depresivní nebo úzkostná porucha (22).

Porucha přizpůsobení F 43.2

Tyto neurotické poruchy se od ostatních liší přítomností vnějších příčinných vlivů. Poruchy přizpůsobení zahrnují reakce na významnou životní změnu nebo následek stresové životní situace. Obvykle začínají do 1 měsíce po výskytu stresující změny a příznaky většinou netrvají déle než 6 měsíců. Mohou se objevit příznaky jako depresivní nálada, úzkost, pocity

insuficience, obavné myšlenky. Nepatří se například reakce na zármutek po úmrtí blízké osoby přiměřené dané kultuře (46,54).

V léčení se uplatňuje podpůrná psychoterapie. Důležité je pacientovi naslouchat, podpořit ho, povzbuzovat, vysvětlit příznaky poruchy, pomoci při vyjádření emocí. Na začátku léčby se přechodně mohou použít nízké dávky anxiolytik, doporučuje se však spíše používat antidepressiva nových generací (54).

4.4.4 Léčba neurotických poruch

Léčba neurotických poruch může být zaměřena na příznaky nebo na příčiny. Příkladem léčby příznaků může být užívání léků proti bolestem hlavy, na spaní, při vnitřním napětí či neklidu. Příčinné léčení se nezaměřuje na potíže, ale na to, z čeho tyto potíže mohou vyplývat a čím jsou udržované. Příčinné léčení zasahuje do interpersonálních vztahů jedince. Zaměřuje se na léčení a na dosažení potřebných změn v chování a v osobnosti jedince (46).

Na počátku léčby neuróz bývá převážně preferované léčení příznaků. Nejčastěji užívané léky jsou anxiolytika, což jsou léky snižující úzkost, napětí. Kromě těchto účinků také pomáhají k uvolnění svalstva, navozují ospalost, útlum, mají až hypnotický účinek. Podle působení se dělí na krátkodobě působící – do 12 hodin [Oxazepam]; středně dlouho působící – 12-24 hodin [Lexaurin, Neurol, Xanax]; dlouhodobě působící – více než 24 hodin [Diazepam, Rivotril]. Nevýhodou těchto zmíněných léků je, že neodstraňují jejich příčinu. Pouze přechodně sníží napětí a další příznaky s ním spojené, ale problém, který je v pozadí vyřešit nemohou (46,54).

Z předchozího tedy vyplývá, že farmakoterapie je většinou symptomatická, zaměřená na zvládnutí úzkosti, která tvoří jádro neurotických poruch. Další terapie poskytují nemocnému pochopení, bezpečné prostředí v němž se nemocný učí lépe zvládat své problémy. U různých poruch se osvědčují různé terapeutické přístupy. U obsedantně kompulsivní poruchy kognitivně behaviorální terapie, u somatomorfních poruch neverbální postupy, u úzkostných a disociačních poruch psychoanalyticky orientované psychoterapie (22,54).

Proto se při léčbě neurotických poruch užívá kromě farmakoterapie řada jednotlivých psychologických přístupů a technik. V následujících kapitolách v deskriptivní části této diplomové práce se zaměřím na ty techniky, které jsem poznala v průběhu odborné stáže v PLB na pavilónu 3.

5 ČÁST DESKRIPTIVNÍ

5.1 Deskripce chodu pavilónu 3 v PLB

Toto oddělení s dlouholetou tradicí psychoterapeutické péče je začleněno do systému léčebny PLB jako akutní otevřené oddělení. Oddělení pracuje systémem terapeutické komunity, pacienti na oddělení společně žijí, řeší vzájemné konflikty, podporují se v aktivním hledání zdrojů vlastních sil. Komunita tedy zajišťuje aktivní účast klientů na léčbě a spoluúčast na provozu oddělení. Systém terapeutické komunity podporuje projekci a korekci neurotických vzorců chování (48). Jelikož forma léčby je velmi intenzivní a často i náročná, je zde stanoven určitý řád, který musí být dodržován a akceptován každým klientem. Před začátkem hospitalizace je každý klient s těmito zákony pavilonu seznámen. Toto oddělení je koedukované, což znamená, že na oddělení jsou hospitalizováni muži a ženy společně a to ve věku od 18 do 65 let. Doba pobytu na oddělení je omezena padesáti dny. Léčí se zde téměř všechny druhy duševních poruch s výjimkou alkoholismu a jiných drogových závislostí.

Do psychoterapeutických aktivit se řadí ranní komunita a společné setkání tzv. spolusprávy s ošetrovatelským personálem. Sezení má především organizační význam. Na ranní komunitě se probírá denní program a hodnotí se den předešlý. Dále slouží i k uvolnění nakumulované negativní energie, která se může často objevit ve skupině, jež činí zhruba 30 hospitalizovaných klientů. Rozebírají se i vztahy vzniklé mezi klienty a terapeutickým týmem. Každý má právo v komunitě říci svůj názor, položit dotaz, nebo zpětně něco kritizovat.

Stěžejní psychoterapeutickou aktivitou jsou skupinové sezení. Každý klient, který je přijímán na oddělení, je podle uvážení terapeutického týmu přiřazen do určité skupiny. Skupiny na oddělení jsou pro jednoduchost rozděleny dle barev.

Do skupin jsou klienti řazeni tak, aby se v ní setkávali s lidmi, jež překonávají podobná úskalí ve svém životě, aby si tak mohli vzájemně porozumět a pomoci při řešení určitého problému. Klient většinou zůstává ve skupině do níž byl zařazen po celou dobu svého pobytu. Skupinová sezení probíhají třikrát týdně a hovoří se na nich o problémech a životních osudech zúčastněných klientů. Skupinová psychoterapie se zaměřuje buď na jednotlivé členy skupiny, nebo se vztahuje k problémům společným více klientům. Mohou se zde rozebírat konflikty v rodině, v zaměstnání nebo se mohou řešit vztahy, jež vznikly mezi jednotlivými členy skupiny v průběhu hospitalizace, včetně vztahů vůči terapeutickému týmu. Někdy se odehrávají i metodou psychodramatu.

Jednou z mnoha aktivit je relaxace, která se provozuje pravidelně každý den, pod vedením terapeuta, zdravotní sestry. Jde o to, aby se klient uvolnil, a aby se oprostil od tíživých myšlenek. Relaxace má převážně formu autogenního tréninku, nebo Jacobsonovi progresivní relaxace.

Jednou z technik, která by zaujala nejen mne, ale jistě každého fyzioterapeuta, jež si uvědomuje důležitost pohybu během dne, je terapie začleněná do chodu oddělení teprve v nedávné době a jde o kinezioterapii. Probíhá 2x týdně.

Dalšími částmi psychoterapeutického programu jsou skupinová léčebná tělesná výchova a pracovní terapie. Tyto dva programy slouží k navození aktivity organismu, získání dobrého pocitu z fyzické činnosti a také napomáhá odvést alespoň na chvíli pozornost od starostí. Tato forma terapie umožňuje klientům bližší seznámení s ostatními.

Odpolední program má taktéž bohatou náplň. Klienti mohou docházet na statek, který je v areálu léčebny. Zde se mohou zapojit do hipoterapie.

Jednotlivé, výše uvedené terapeutické techniky/aktivity pro pacienty budou podrobněji popsány v následujících kapitolách.

Další možností je docházet na centrální terapii, která nabízí v rámci pracovní terapie zapojení se do keramické dílny, cvičné kuchyně, či textilní, svíčkařské, sklářské, šperkařské a košíkářské dílny. Tyto aktivity umožňují klientům rozvoj dosud nepoznaných schopností nebo seznámení se s něčím novým, odvedení pozornosti od tíživých myšlenek, příjemný pocit a klid. Stejný efekt by měla navozovat také esoterická hudba, tedy v nabídce aktivit se objevuje i muzikoterapie.

Večerní program tvoří tzv. klub, jenž má rozmanitou náplň. Někdy je zasvěcen pouze společenským hrám a zábavě, jindy přednáškám, či je psychoterapeuticky zaměřen. Dvakrát týdně je organizován zdravotní sestrou, ostatní dny připravují klub pacienti za vedení správy. Klub opět funguje jako aktivita, kde se klienti mohou seznámit a komunikovat mezi sebou. V rámci klubu se může jít do divadla PL, kde se konají různé akce, ať už samotná představení, anebo vystoupení hudební skupiny.

Psychoterapeutické oddělení sice nabízí odlišnou formu léčby, ta je však ne pro všechny vyhovující. Někteří pacienti jsou zvyklí na podávání léků a autoritativnější přístup, čekají na radu, a jestliže jí nedostanou, cítí se zklamáni. Toto oddělení naopak vede klienty k tomu, aby mluvili o svých problémech, nesnažili se je skrývat, aby sami hledali příčiny vzniku jejich potíží, a také vlastní podíl na onemocnění.

Pobyt na oddělení může být ukončen při závažném porušení režimu, jako je např. konzumace alkoholu či jiných drog, navázání intimního partnerského vztahu s jinou hospitalizovanou osobou nebo častá nepřítomnost na aktivitách.

Ráda bych zde podrobněji zmínila činnost komunitní spoluprávy, která se významně podílí na chodu celého oddělení. Funkce spoluprávy je zprostředkování toku informací mezi klienty a terapeutickým týmem. Spoluprávu tvoří dva, komunitou zvolení jedinci a funkci zastávají 2 týdny tak, aby se jejich činnost o týden překrývala. Tato funkce ve spoluprávě má i terapeutický význam. Jedná se o modelovou situaci a jedinec zvolený do spoluprávy přebírá roli zodpovědného. V některých věcech vystupuje za ostatní, což může přinést i značnou psychickou zátěž. Podílení se na spoluprávě přináší často nové poznatky o sobě samém, o svém chování. Komunitní spolupráva vede ranní komunitu, organizuje aktivity na oddělení, od ostatních shromažďuje požadavky na propustky, pohovory s lékaři či s psychologem. Stará se o nově příchozí klienty, pomáhá jim s orientací po oddělení, oznamuje program na další den, rozepisuje služby na úklid po předchozí domluvě s pacienty, zajišťuje včasné zahájení programu a účast klientů na aktivitách, navrhuje kandidáty do spoluprávy a vyhlašuje nejaktivnějšího člena komunity na odměnu za uplynulý týden.

Terapeutický tým (psychiatrické sestry, odborný psychoterapeut, arteterapeut, psycholog, sociální pracovníce, 2 psychiatři) je organizovaný poměrně horizontálně, méně hierarchicky. Tým se denně schází ke kazuistickým poradám nad klienty, snaží se aktivity u jednotlivých klientů individuálně doplňovat podle jejich potřeb psychoterapeutickými pohovory s psychologem, terapeuty, ošetřujícími lékaři, individuální arteterapií, rodinnými a manželskými sezeními, nácviky sociálních dovedností, práce se stresem apod.

5.1.1 Terapeutické techniky využívané v PLB na pavilónu 3

5.1.1.1 Skupinová psychoterapie

Skupinová psychoterapie je léčba, při které se skupina klientů opakovaně schází s psychoterapeutem, někdy i více terapeuty. Zpravidla mají jednotlivé skupiny 8-12 členů. Klienti při terapii sedí v kruhu, aby na sebe vzájemně viděli. Hovoří o problémech či o jiných situacích, vztazích, které se dotýkají jejich osobního života (92).

Skupiny mohou být uzavřené nebo otevřené. V uzavřené skupině začínají léčení spolu všichni pacienti najednou a společně také léčbu končí. Všichni současně spolu prodělávají určitý

vývoj skupiny od počáteční nejistoty a nedůvěry přes postupné seznamování, přes vzrůst napětí mezi členy až po soudržnost skupiny a vytvoření pracovní atmosféry pro práci každého na vlastním zdokonalování. Tento model skupiny se uskutečňuje v ambulantních podmínkách. Klienti převážně docházejí do skupin jednou až dvakrát týdně, po dobu šesti měsíců až jednoho roku (47,92).

V otevřené skupině se složení členů mění. Tento systém skupiny bývá v denních sanatoriích, psychoterapeutických lůžkových zařízeních a v denních klinikách. Pacienti docházejí do skupin po dobu svého pobytu. Po propuštění přicházejí noví klienti. Atmosféra skupiny přitom zůstává zachována: noví členové jsou vtaženi do již fungující skupiny, přijímají její normy a pravidla. Důležitou otázkou skupinové terapie je složení skupiny. Zásadou, která bývá obecně dodržována, je nepřijímat jedince, kteří se znají, nebo mají mezi sebou nějaký vztah. Při nedodržení tohoto pravidla hrozí jednak to, že se tyto lidé mezi sebou nebudou vyjadřovat otevřeně, pak je tu riziko, že se skupina zvrhne ve vyřizování si starých účtů (92). Velmi důležitým faktorem skupiny je její soudržnost. Jde o vnitřní sílu, která drží skupinu pohromadě. Členové soudržné skupiny považují skupinu za "svou", chtějí být do ní přijati a být v kontaktu se členy, chtějí, aby dobře fungovala (47).

Pakliže skupinová koheze je příliš malá, členové se ve skupině necítí příjemně a přestávají do ní docházet. Sama soudržnost však ve skupině nestačí. Je zapotřebí i skupinového napětí, které vyvolává nepřátelské pocity, konflikty, hádky mezi jednotlivými členy skupiny. Tyto negativní vztahy tvoří materiál, na kterém se klienti mohou učit. Jsou materiálem, na kterém si mohou uvědomit, modely dosavadního fungování v interpersonálních vztazích.

Jedním z cílů skupinové psychoterapie u hospitalizovaných klientů je jejich zapojení do terapeutického procesu. Což pro terapeuta znamená vytvořit ve skupině pozitivní a důvěryhodné prostředí, které klient vnímá jako konstruktivní a poskytující podporu a ve kterém bude chtít pokračovat po propuštění z oddělení. Druhým cílem je dokázání toho, že mluvení pomáhá. Jde o to, aby členové skupiny vyjádřili své pocity a mluvili o svém problému. Takto mohou zjistit, že na svůj problém nejsou sami (22,47,48,92).

Z naslouchání druhým si mohou uvědomit, že ostatní trpí stejným druhem potíží jako oni – člověk není ve svém utrpení ojedinelý. Dalším z cílů je vymezení problému. Jelikož doba hospitalizace je časově omezena, je zapotřebí si stanovit problém, který klient chce nebo by měl řešit. Sama terapeutická skupina nasměřuje pacienty k oblastem, na kterých je třeba pracovat.

Snížení osamělosti je z dalších cílů skupinové psychoterapie. Skupina je pokusným cvičením, které se zaměřuje na zlepšení komunikačních dovedností, čím lepší je komunikace, tím menší je osamocenost. Pomáhá lidem ve vzájemném sdílení a umožňuje jim získat odezvu na to, jak je druzí vnímají (96). Altruismus, užitečnost pro druhé, je spjat s cílem předchozím. Když klient pomáhá druhým klientům, pak se dostává i jemu pomoci prostřednictvím vědomí, že sami pomohli a byli užiteční ostatním.

Psychoterapie, ať už skupinová či individuální, má napomáhat tomu, aby klient sám pochopil podstatu svého problému, našel své stránky osobnosti a způsoby chování, které zapříčiňují či vedou k nadměrné tenzi, úzkosti a psychicky ho vyčerpávají. Další součástí psychoterapie je seberegulace, která napomáhá klientům k navozování změn psychofyzilogických stavů organismu. Sem patří jednotlivé relaxační techniky, jež byly zmíněny v kapitole 4.3.4.1. Tyto prostředky umožňují člověku uvolnit se a snížit psychické i fyzické napětí (47,96).

5.1.1.2 Jiné techniky užívané v rámci psychoterapie

V této kapitole bych ráda zmínila některé psychoterapeutické prostředky, jež jsem poznala v průběhu mé praxe v PLB na pavilónu 3. Samozřejmě bych sem zařadila i již zmiňované relaxační techniky, jež popisují více v kapitole 4.3.4.1. Nejčastěji používané relaxační techniky na tomto oddělení jsou autogenní trénink a progresivní relaxace podle Jacobsona, relaxace jsou většinou vedené zdravotní sestrou. V pavilóně 3 se využívá i tzv. relaxace při esoterické hudbě, kdy klient leží na lůžku a poslouchá reprodukovanou relaxační hudbu.

5.1.1.2.1 Arteterapie (48,54)

Jde o léčebný postup, který využívá výtvarného projevu jako hlavního prostředku poznání a ovlivnění lidské psychiky a mezilidských vztahů. Obvykle se rozlišují dva základní proudy, a to terapie uměním, v níž se klade důraz na léčebný potenciál tvůrčí činnosti samotné a artpsychoterapie, kde výtvořky a prožitky z procesu tvorby jsou dále psychoterapeuticky zpracovány.

Jako terapeutická metoda se arteterapie začala cíleně využívat ve 30. až 40. letech v návaznosti na rozvoj psychoanalýzy a další psychoterapeutických směrů.

Průkopníky arteterapie byli převážně výtvarníci, kteří studovali psychologii a hledali možnosti propojení výtvarného působení s psychoterapeutickými postupy a jejich uplatnění v léčbě. Patří sem C. Lewis, E. Kramerová. Za českého průkopníka, spíše průkopnici,

považujeme PhDr. D. Kocábovou, která v 70. letech založila a vedla arteterapeutickou sekci. V současné době je arteterapie studijním oborem na Jihočeské univerzitě, kde má formu bakalářského studia. Arteterapie je také součástí některých pedagogických, lékařských ale i filosofických fakult.

5.1.1.2.2 Psychodrama (48,92)

Zakladatelem této metody je Jacob L. Moreno. Za základ své skupinové psychoterapie považuje Moreno dva principy: lidskou tvořivost a spontánnost. Prostřednictvím těchto principů se snaží podněcovat jedince, aby dal průchod svým popudům a fantazii, setrásl ze sebe masku ustáleného chování, jež je dána společenskými konvencemi. Snaží se o to, aby klient cítil radost a uvolnění ze svých projevů.

Psychodramatické sezení je určitým způsobem strukturováno. Začíná se tzv. rozehráním, jakousi pohybovou i fantazijní rozcvičkou, která má podnítit již ony dva zmíněné principy; spontánnost a tvořivost. Může jít o libovolné pohybové vyjádření, tanec, chození v prostoru, hlasové nebo rytmické projevy.

Druhou částí je vlastní psychodrama. V této fázi dochází k přehrání určitého problému. Nejprve pacient- protagonista vyloží svůj problém, poté jsou rozděleny role. Dochází k vyjádření či přehrávání určitých scén. Režisér, terapeut, může kdykoliv hru zastavit, přidat další osoby do hry, střídát jednotlivé role.

Závěrečnou fází je skupinový rozhovor s poznámkami; komentáři. Zde se jedná o sdělování vlastních pocitů a prožitků. To nemusí mít ráz verbální, ale může jít i o určité gesto, pohlazení, odstrčení, objetí.

5.1.1.2.3 Psychomotorická terapie – Kinezioterapie (5,24,30)

Kinezioterapie je somatoterapeutická aktivita, která používá modelované cíleně zaměřené pohybové cvičení. Při jejich provádění vyžaduje aktivní přístup pacienta, pracuje nejen s biologickou složkou osobnosti, ale i s její psychikou a sociálními vztahy. Pohybem v nejširším slova smyslu se snaží získat přístup k pacientovi a prostřednictvím osobních prožitků dosáhnout ovlivnění jeho psychiky ve smyslu uvědomění si vlastního psychosomatického „Já“ a jeho možností. Podněcuje aktivitu jedince, zdůrazňuje neverbální prvky a postupně vyvolává potřebu komunikace.

Kinezioterapie jako součást léčby psychických poruch a chorob používá pohybových aktivit, které je možno aplikovat za účelem záměrného ovlivňování psychiky nemocného a jeho sociální začleněnosti.

Specifický rozdíl odlišující tuto činnost od jiných činností lze nacházet v jejím zaměření a prostředcích: aktivně prováděný cílený pohybový program, vytvoření terapeutického vztahu, neverbální formy učení, podněcování emocí, interakce ve skupině.

Kinezioterapie v léčbě neurotických poruch zahrnuje programy s cílem:

- snížení anxiety a deprese,
- vytvoření adekvátního náhledu na onemocnění,
- ovlivnění prožitku spojeného s nemocí (zakotvené prožívání),
- ověřování vlastních schopností.

Pro snížení úzkosti jsou vhodné relaxační programy. Pro regulaci depresí doprovázených zpomalením metabolických procesů jsou vhodné aktivační programy s mírnou aerobní zátěží, které zvyšují celkovou dráždivost organismu. Při cvičení je kladen důraz na koncentraci pro správné provádění pohybu a pro tělesné prožívání pohybových změn. Cvičení postupně zvyšují svou obtížnost jak somatickým obsahem, tak i psychickou a sociální náročností (situace ne/verbální komunikace a týmová spolupráce, odstraňování zábran a obav). Účelem kinezioterapie je pak mj. přenesení poznatků spojených s prací s vlastním tělem do dalších oblastí života.

5.1.1.2.4 Hipoterapie (28,54)

Hipoterapie je komplexní multidisciplinární rehabilitační metoda využívající koně pro léčebné účely. Tato alternativní metoda vznikla v 60. letech 20. století, v Čechách se začala rozvíjet v 80. letech a jejím průkopníkem byla MUDr. Lia Frantalová z Dětské Hamzovy léčebny Luže-Košumberk.

Hipoterapie zahrnuje 3 směry:

- *Hiporehabilitace* – rehabilitační metoda pro pohybově postižené, která využívá hlavně tělesné faktory mechanismu účinku jízdy na koni.
- *Pedagogicko-psychologické ježdění* – nebo psychoterapeutické ježdění, kde se využívá hlavně psychických vlastností koně a ten je zařazen do terapeutického procesu jako koterapeut. Tento směr je rozvíjen v rámci komplexní rehabilitace v PLB.

- *Sportovní ježdění hendikepovaných* – při kterém pohybově i duševně hendikepovaní sportovci trénují jízdu na koni a účastní se různých závodů.)

5.1.1.3 Fyzioterapie v PLB

Pohyb patří k základním projevům života. Lidský pohyb se nedá redukovat pouze na pohyb těla, patří sem i myšlení, citění, vůle (68,89). Zvláště psychologie a kineziologie vnímá pohyb jako jeden z faktorů mezi motivem a cílem. Správně volené pohybové aktivity by měly být součástí terapie duševních poruch. Pohyb ovlivňuje serotoninergní systémy a má velký význam pro psychiku člověka, zmírňuje úzkost, napětí a depresi. Při pohybu dochází k vyplavování endorfinů, výsledkem toho je zmírnění nebo odstranění bolesti, vyvolání pocitu radosti a uspokojení. Při pravidelném cvičení dosahujeme pocitu rovnováhy mezi tělem a psychikou a dostavuje se dobrý pocit ze zlepšení kondice a pohybové koordinace.

V rámci fyzioterapie na psychiatrii je třeba dodržovat všechny principy provádění fyzioterapie jako v jiných medicínských oborech. Individuální fyzioterapie i skupinová léčebnou tělesnou východu se zahajuje na doporučení ošetřujícího lékaře. Přístup k pacientovi a průběh fyzioterapie je třeba přizpůsobit typu psychického onemocnění, fázi nemoci, a individualitě pacienta.

Součástí PLB je samostatné oddělení fyzioterapie. Toto oddělení je primárně zaměřeno na úpravu psychofyzických obtíží, včetně cílené fyzioterapie při somatickém onemocnění. Prostředky, které využívá jsou individuální fyzioterapie, skupinová forma léčebné tělesné výchovy, hydroterapie a elektroterapie.

Počet pacientů v PLB se pohybuje okolo 1300 (včetně pacientů LDN v PLB) a počet fyzioterapeutů pouze 11. Tedy fyzioterapie musí být indikována střídavě, zaměřena na nejnutnější skupinu. Jednou z potřebnějších oblastí v PLB je rehabilitační ošetřování pacientů, kam řadíme: polohování, včasná vertikalizace pacienta, aktivní a pasivní cvičení, masáže, dechová cvičení, aktivace psychických funkcí (zvl. komunikace), péče o pokožku a osobní hygiena, péče o vyprazdňování, dietoterapie a pitný režim. Přesto, že rehabilitační ošetřování pacienta je součástí výuky i pracovní náplně zdravotních sester (dáno vyhláškou MZ ČR č. 424/2004), ne všechny úkony jsou sestrami prováděny, zvl. polohování a vertikalizace pacienta. Mezi hlavní důvody patří nedostatek času setry na práci s pacientem (personální poddimenzování ošetřujícího personálu v PLB?), ale i nedostatek teoretických znalostí a praktických zkušeností v této oblasti a nedostatečná kontrola vedoucích pracovníků. Pro

zlepšení tohoto slabého článku v PLB probíhají pravidelné kurzy a semináře (Téma: Rehabilitační ošetrovatelství) organizované týmem fyzioterapeutů v PLB pro sanitáře a zdravotní sestry (3).

Oddělení fyzioterapie v PLB funguje od 7,00-15,00. Je organizováno tak, že 3 fyzioterapeutky zůstávají na oddělení a pracují s docházejícími pacienty z PLB a 8 fyzioterapeutek pracuje v „terénu“, dochází na jednotlivé pavilóny a provádí fyzioterapii pacientů přímo na lůžku pacienta. Během 1 týdne probíhá 52 skupinových cvičení buď přímo na jednotlivých pavilónech nebo dochází na oddělení fyzioterapie skupinky pacientů z jednotlivých pavilónů.

5.1.1.3.1 Individuální fyzioterapie

Individuální fyzioterapie je prováděna u pacientů s takovou psychickou poruchou, u které není vhodné zařazení do skupiny, nebo kde je nutná individuální příprava pacienta před jeho následným začleněním do skupiny. Jde například o katatonní stavy, depresivní syndromy, fobie, manické stavy, nespolupráci a vyrušování ve skupině. Další skupinu pacientů indikovaných k individuální fyzioterapii tvoří nemocní se somatickými obtížemi ze všech medicínských oborů. Patří sem převážně stavy po úrazech, frakturách, cévní mozkové příhodě, infarktu myokardu, nemoci pohybového aparátu, neurologická onemocnění, intoxikace, stavy po sebevražedných pokusech.

U pacientů s neurotickými poruchami, jež jsou indikováni k individuální fyzioterapii, je třeba pamatovat na typ neurotické poruchy a pravdivost údajů od pacienta, proto je nutné, aby fyzioterapeut měl možnost nahlédnout do dokumentace pacienta a výsledků psychiatrických a psychologických vyšetření, včetně klinických vyšetření (např. interní, ortopedické, neurologické, RTG, EEG aj.) před zahájením léčby. Při vyšetření se fyzioterapeuté v PLB často setkávají s různými svalovými spazmy zejména v oblasti hlavy, šíje a pletence ramenního, se zvýšeným nebo sníženým napětím svalů (nutné brát v úvahu medikaci pacienta, zvl. myorelaxační účinek anxiolytik!), blokády v oblasti sternokostálního skloubení a poruchy dýchání.

5.1.1.3.2 Skupinová léčebná tělesná výchova (LTV)

Pro skupinové LTV na psychiatrii je velmi důležitý zvláště přístup fyzioterapeuta, jež se snaží získat pacienty ke spolupráci ve skupině (např. slovním povzbuzením, empatií), respektuje kondiční schopnosti pacientů, přihlíží k účinkům psychofarmak (např. hypotonus, hypokineza, motorický neklid, vegetativní příznaky aj.). Počet pacientů ve skupině se

doporučuje u pacientů s neurotickými poruchami a chronických pacientů (dlouhodobý pobyt v léčebně) 7-10, u pacientů s psychotickými poruchami max. počet 7. Délka trvání se přizpůsobuje stavu onemocnění, většinou 30 - 60 minut 2-5x týdně.

Skupinové cvičení pacientů s neurotickými poruchami se zaměřuje zejména na zlepšení celkové kondice, na zlepšení držení těla, korekci dechového stereotypu, uvědomění si jednotlivých částí těla, zmírnění úzkosti a snížení napětí hypertonních svalů. Zvláště u anxiózních neurotických poruch se používají cviky odstraňující strach z pohybu, vhodné jsou i cviky s použitím pomůcek (gymnastické míče, overbally, tyče aj.). A jak již bylo několikrát zmiňováno, stres a na něj navazující negativní emoce zvyšují napětí svalů zejména v oblasti krční páteře a pletenců ramenních, proto je vhodné, aby i součástí skupinového cvičení byla instruktáž autoterapie, například automasáž bolestivých partií, nácvik relaxace apod.

5.1.1.3.3 Fyzikální terapie u neurotických poruch

Jednou ze zásad aplikace fyzikální terapie (FT) na psychiatrii je nevnučovat pacientovi procedury, které jsou mu subjektivně nepříjemné. Fyzioterapeuté se nejdříve snaží získat důvěru pacienta pro lepší navázání spolupráce v průběhu fyzioterapie. Během procedury je pak nutný zvýšený dohled fyzioterapeutem na pacienta.

Mezi FT u neurotických poruch, jež je používána v PLB, patří (3):

- *Elektroléčba* - se řídí podle celkového somatického stavu pacienta. Ze začátku se volí spíše procedury sedativní, kratší, s menší intenzitou.
- *Vodoléčba* - začíná se sedativní terapií, zejména při vegetativní dysbalanci a úzkostných stavech. Voda jako léčebný prostředek je většinou pacientem přijímána pozitivně.
 - *Hypertermické koupele* – jsou doporučovány u neurotických poruch s vegetativní symptomatologií a úzkostných stavů.
 - *Krátké hypotermické procedury* jsou vhodné u neurastenií, afektivních stavů, zvýšené únavě. Po chladných procedurách je vhodný suchý zábal.
 - *Podvodní masáž, skotské stříky a vířivé koupele* pozitivně ovlivňují metabolismus, působí analgeticky a myorelaxačně. Vhodné u depresivních a neurotických poruch.
 - „*Malá vodoléčba*“ – *sprchy, zábaly, otěry* – zmírnění neurotických obtíží typu bolest hlavy a poruch spánku.

5.2 Kazuistiky

V této kapitole uvádím 3 kazuistiky pacientů z pavilonu 3, se kterými jsem pracovala na oddělení fyzioterapie v PLB v průběhu mé stáže v r. 2006. Jde o pacientky, které byly vybrány k fyzioterapii na základě doporučení jejich ošetřujícím lékařem. Abych jako fyzioterapeut měla přehled, jak celkově probíhá terapie pacientů z pavilonu 3 v rámci již zmiňované komplexní péče, či celostnímu přístupu k pacientovi, docházela jsem min. 2x týdně na poradu terapeutického týmu, 1x týdně na ranní komunitu pacientů a 1-2 x týdně na kinezioterapii. Tímto způsobem jsem se snažila začlenit do terapeutického týmu pavilonu 3 a získat, co nejvíce informací o pacientech, se kterými jsem pracovala. Zároveň jsem také sdělovala své postřehy o pacientech terapeutickému týmu. Pacientky chodily 3x týdně na skupinovou psychoterapii, 2x týdně na kinezioterapii, 1x týdně na arteterapii, psychodrama nebo na hipoterapii, 3-5x týdně na skupinové LTV, 2-4x týdně docházely na centrální terapii (košíkářské, keramické, sklářské dílny aj.) a každý večer prováděly celkovou relaxaci (autogenní trénink). Termíny individuálních fyzioterapií byly stanoveny tak, aby nezasahovaly pacientkám do programu na oddělení. Pacientky většinou docházely na fyzioterapii v průběhu 3 týdnů 2x týdně (6 terapeutických jednotek). Jedna terapeutická jednotka trvala v průměru 30-50 minut.

Kazuistika 1 – Dana

57 – letá pacientka Dana zkolabovala v práci, nezvládala novou pozici v zaměstnání, měla málo času na zaškolení, již půl roku se cítila hůř, vnímala pocity tíhy na hrudníku, bušení srdce, nezvládala „vypnout“, v posledních měsících jí nechutnalo, zhubla cca 10 kg, špatně spala, nesoustředila se na četbu ani televizi, přidružily se i potíže se zády – bolest v krční páteři (pocit stažení trapézových sv.) a v bederní páteři, zužovaly jí také časté bolesti hlavy – vše se začalo stupňovat při zhoršení psychiky, při úzkostech, ve stresu apod. V akutním stavu byla přijata do PLB na příjmové uzavřené oddělení, kde jí byla nasazena 1. antidepressiva (Zoloft), strávila zde 5 dnů, příliš si z této doby nepamatuje, poté byla přeložena na otevřené oddělení pavilon 3.

Při odebrání anamnézy jsem se dozvěděla, že jí zemřela matka při porodu a s nevlastní matkou celý život příliš nevycházela, s otcem ano. Od dětství má astma bronchiale, cca 1x za 2 roky jezdí do lázní v rámci léčby astmatu. Přesto je kuřačka (10 cigaret/den). Má 1 syna, jež porodila bez komplikací. V 36-ti letech jí byla provedena ovariectomie vlevo, do menopauzy

trpěla velkými bolestmi v podbřišku v období menstruace (v mládí i zvracela), nyní je v menopauze, do loňského roku užívala hormonální náplasti. Má sedavé zaměstnání, pracuje jako personalistka, žije s manželem v činžovním domě bez výtahu (2. patro). V minulosti hodně plavala, chodila po horách, nyní chodí pouze na procházky.

Psychiatricky byla diagnostikována – Smíšená úzkostně depresivní porucha (F 41.2). Na fyzioterapii byla doporučena pro VAS Cp. Při 1. kontaktu s fyzioterapeutkou působí nervózním dojmem, při rozhovoru hra rukou, přeseďávání si, zpomalené psychomotorické tempo, tišší řeč, ale odpovídá adekvátně a ochotně spolupracuje. Je hospitalizovaná nyní 3. týden a cítí se již mnohem lépe, přetrvávají pocity staženého hrudníku a časté bolesti hlavy, klidové bolesti krční páteře nemá.

Pacientka je středně vysoké postavy, somatotypu - normotyp, stojí o širší bazi, často mění pozice, nevydrží stát v klidu, má oboustranně výrazně propadlé příčné klenby a halluxy valgí, ochablou břišní stěnu a hýžděové svalstvo, povrchové zrychlené horní hrudní dýchání, předsunuté držení hlavy, ramena v protrakci, oploštělou Th kyfózu, prodlouženou Th-L lordóza s vrcholem v přechodu ThL páteře. Při chůzi je „nestabilní v kříži“ (Janda), stejně jako ve stoji na 1 DK. Dominantní ruku má pravou. Z vstupního vyšetření fyzioterapeutem se dále ukázaly svalové dysbalance zvl. v oblasti šíjového svalstva ve smyslu zvýšeného hypertonu a výskytu trigger pointů více na pravé straně (zvl. m. trapezius pars cranialis, m. SCM, m. levator scapulae, mm. scaleni), omezená aktivní pohyblivost krční páteře zejména do lateroflexe a rotace vlevo cca na 2/3 rozsahu pohybu. Palpačně citlivé 2.-3. žebro, proc. spinosi C2-4, chybný stereotyp flexe krční páteře (zvýšená aktivace m. SCM). Z vyšetření chůze a rovnováhy vyplynulo celkově oslabené svalstvo trupu a ochablý hluboký stabilizační systém Lp.

Plánem fyzioterapie bylo získat důvěru pacientky, psychicky podporovat a motivovat pacientku k terapii i autoterapii, nácvik relaxace pro uvolnění pocitů napětí, upravit dechový stereotyp, zlepšit funkci hlubokého stabilizačního systému, vyrovnat napětí reflexních změn v měkkých tkáních zvl. v oblasti šíje, zlepšit exteroceptivní vnímání zvl. z plosek nohou, ovlivnit nesprávné stereotypy, posílit ochablé svalové partie.

Proběhlá fyzioterapie se skládala z nácviku relaxace, dechové vlny, aktivace hlubokého stabilizačního systému pomocí aktivace m. transversus abdominis, senzomotorického cvičení začínajícího zpočátku facilitací plosek DKK, nácvikem 3-bodové opory nohy, korekcí stoje, „kráčením“ dle Rašena, nácvikem korigovaného sedu, instruktáží ADL dle Brüggara, včetně

instruktáží úpravy pracovního prostředí při práci v sedě u pc, cvičení na posílení problémových partií dle Mojžíšové (zvl. břišní a hýžd'ové svalstvo). Terapii bylo vždy třeba přizpůsobit stavu pacientky. Někdy Dana například přicházela na fyzioterapii po skupinové psychoterapii velmi rozptýlena, jelikož na skupině probírali nějaké jí se dotýkající citlivé téma. Takovouto terapii jsme většinou zahájili rozhovorem a následnou krátkou relaxací. Někdy jsem použila jen měkké techniky a dechové cvičení na zklidnění stavu pacientky. Dana se v průběhu léčby postupně včlenila do komunity pavilonu 3, nikdy neměla vyloženě vedoucí pozice v komunitě, ale velmi citlivě se ujímala zvláště nově příchozích do léčby a ráda vedla ranní rozcvičky pro komunitu. V průběhu léčby si postupně začala budovat plán, dle kterého se chtěla začít snažit žít po propuštění. Pracovala na stanovení si určitého režimu všedních dnů, v kterém si udělala i místo jen pro sebe. Rozhodla se, že bude znovu chodit pravidelně plavat a ráno před odchodem do práce 10 minut cvičit. Při sdělení pacientce, že bude propuštěna domů, Dana dostala obavy z toho jak situaci bude zvládat, zvl. pracovní vytížení, s tímto sdělením se jí vrátily pocity nepříjemného sevření na hrudníku. Jelikož jsme se společně snažili najít cestu, jak takovýmto pocitům čelit, Dana se snažila soustředit se na svůj dech, „prodýchala“ si oblast nepříjemného stažení a ulevilo se jí.

Z výstupního vyšetření je patrné, že nedošlo k výrazným změnám v postuře pacientky, jelikož fyzioterapie trvala pouze 3 týdny. Při srovnání se vstupním vyšetřením, ale došlo ke snížení napětí v šíjovém svalstvu, prohloubení dýchání, lehkému zlepšení stability při stožení na 1 DK. Z průběhu terapie vyplynulo, že pacientka při zhoršení psychického stavu odráží své pocity do svého těla (pocity sevřeného hrudníku, bolest v šíjovém svalstvu). Individuální terapie jí umožnila si toto lépe uvědomit a zkusit s tímto faktem pracovat. Díky pohybovým aktivitám (zvl. kinezioterapie, skupinové LTV, individuální fyzioterapie, večerní nácvik autogenního tréninku) získala prožitek z vlastního těla. A především díky individuální fyzioterapii také získala návod, jakým způsobem by se měla chovat ke svému tělu i v rámci pracovního prostředí, což považuji za důležitou prevenci znovuoobjevení obtíží pohybového aparátu. Při propuštění dostala Dana také doporučení k pokračování v individuální, nebo skupinové psychoterapii a kontakty na centra zabývající se problematikou neurotických poruch.

Shrnutí přínosu fyzioterapie:

pro Danu: zlepšení vnímání aferentních signálů ze svého těla, zvl. co se týče nácviku celkového uvolnění, uvědomění si důležitosti správného dýchání, získání informace o

způsobu držení těla, včetně ergonomických poznámek ke zlepšení pracovního prostředí, motivace a návod (autoterapie) k denním pohybovým aktivitám

začlenění fyzioterapeuta do terapeutického týmu: v době sdělení pacientce, že bude propuštěna domů, došlo k přechodnému zhoršení stavu pacientky, ze strachu, jak bude zvládat návrat do normálního režimu, mimo chráněné prostory, zde považují důležitou roli fyzioterapeuta v terapeutickém týmu, jelikož pomohl pacientce uvolnit vzniklé napětí z obav pomocí soustředění se na dech a zklidnění dýchání

Zmíněné přechodné zhoršení stavu se odrazilo i na těle pacientky, znovu pocítila sevření hrudníku a bolest v šíjovém svalstvu, tuto reakci bychom mohli interpretovat pomocí funkcí limbického systému (LS), jež je aktivován při utváření emocí, zvl. amygdala se aktivuje během negativních afektivních stavů, jako je úzkost, nebo strach. Pacientka dostala strach z návratu do normálního režimu, tím se aktivoval LS, jež je mj. hlavním regulátorem svalového tonu (zejména v oblasti šíje) a došlo k znovu objevení VAS Cp. Na základě této teorie bychom mohli vysvětlit důvod vzniku VAS Cp pacientky, tedy na psychickém podkladě.

Kazuistika 2 – Linda

Jedná se o 35-letou ženu, Lindu, jež byla poprvé léčena na psychiatrii. Uváděla, že se asi ¼ roku cítila nějak „divně“, nedokázala přesně popsat své pocity, ale cítila se hodně unavená, měla pocity mravenčení v celém těle, těžké sny, které jí budily, pocity slabosti svalů, tíhu na hrudi. Když se vyloučila tělesná příčina nepohody (absolvovala všechna možná podrobná vyšetření), tak souhlasila s psychiatrickou péčí. Teprve tam se dostavila úleva – týdenní pobyt v centru krizové intervence v PLB, odkud byla propuštěna v dobrém stavu, jež nevydržel dlouho... Po týdnu se vrátila zpět do chráněného prostředí v PLB, byla přijata na pavilon 3. Byla jí nasazena medikace antidepresiva (Cipralex, Trittico) a širokospektré anxiolytikum (Neurol).

Linda strávila většinu dětství mezi domovem u matky a dětským domovem, matka alkoholička, údajně se nyní léčí, ale není s ní v kontaktu, stejně, jako se svými nevlastními sestrami. Otce nikdy nepoznala. Od 19-ti let je nucena se starat sama o sebe, je svobodná, nyní bez přítele, bezdětná, v loňském roce studovala rok v Číně kung-fu, přivydělává si tlumočením z čínštiny. Bydlí sama v podnájmu. Jinak pracuje jako pochůzkářka u městské policie (hodně chodí, nosí těžkou zbraň na pravém boku). V 18-ti letech prodělala operaci

strabismu, v 30-ti byla na extrakci pravého i levého 3. moláru. V roce 2000 měla úraz krční páteře, upadla ze stojky na hlavu. Po úrazu nebyla provedena žádná speciální vyšetření pouze na doporučení obvodní lékařky docházela na rehabilitaci (provedeny měkké techniky). Od pádu mívá bolesti krční a hrudní páteře, snaží se s nimi bojovat pomocí cvičení kung-fu, kterému se věnuje pravidelně již 5 let.

Psychiatrická diagnóza byla uzavřena jako - Jiné úzkostné poruchy – Jiné smíšené úzkostné poruchy (F 41.3). K fyzioterapii byla doporučena pro VAS krční a hrudní páteře. Linda působila při prvním kontaktu velmi bezproblémově, usměvavě, odpovídala adekvátně hlasitou řečí. Nepůsobí jako člověk, jež je hospitalizován pro úzkostnou poruchu, spíše jako velmi komunikativní člověk a extrovert. Na fyzioterapii přichází 2. den hospitalizace s bolestí v C-Th přechodu nejvíce se projevující při anteflexi hlavy, při tomto pohybu bolest vyzařuje do oblasti mezi lopatkami. Do HKK, či hlavy se bolest nešíří. Bolestmi hlavy Linda netrpí. Spí dobře.

Linda je středně vysoké postavy, má mírnou nadváhu (BMI 26). Z vstupního vyšetření fyzioterapeutem vyplynulo, že Linda je dobře svalově vybavena, bez výraznějších svalových zkrácení (až na oblast šíjových svalů) s dobrou stabilizací trupu ve stoji na 1 DK (5 let pravidelně cvičí kung-fu). Při vyšetření pohledem promínají horní trapézové svaly, vpravo výrazněji (je pravačka, ale např. přístroj drží obráceně), hlavu drží v předsmunu, nadklíčkové jamky jsou vyhlazené. Problematickou oblastí je zvl. C-Th páteř, kde jsem našla svalové dysbalance (hypertonus krátkých extensorů šíje a oslabené hluboké flexory krku, oboustranný hypertonus se spouštěcími body m. trapezius pars cranialis, mm. scaleni, m. SCM, m. levator scapulae). Tomuto nálezu odpovídá chybný stereotyp flexe krční páteře - převaha m. SCM. V hrudní páteři v horním úseku je omezená pohyblivost všemi směry při aktivním pohybu, ale i při vyšetření do segmentů. Nato nasedají i blokové postavení žeber a citlivá palpce angulus costae, více na levé straně. Tedy i exkurze hrudníku při hlubším dýchání jsou zvl. do stran omezené. Na celkový stav pacientky má vliv také psychika. Při zhoršení úzkostí, které pacientku přivedly do PLB pociťuje sevření na hrudi, napětí v oblasti mezi lopatkami a někdy i mravenčení zvl. této oblasti. Pacientka si uvědomuje „propojenost“ svého těla a sama vnímá zhoršení psychického stavu i na svém těle. Nyní, jelikož je v chráněném prostředí pociťuje jistou úlevu.

Za cíl fyzioterapie jsme si stanovily, celkové uvolnění pomocí nácviku relaxace, vyrovnaní reflexních změn měkkých tkání v oblasti šíje a hrudní páteře, snížení palpační bolestivosti žeber, úprava chybných stereotypů, včetně dechového stereotypu, doporučení a instruktáž

k autoterapii, zvládání situací při zhoršení psychického a tím pádem i fyzického stavu pomocí správného dýchání a pohybových aktivit, příprava na návrat do práce – odstranění rušivých faktorů (např. tah P boku dolů při nošení těžké zbraně na této straně).

Proběhlo 6 fyzioterapeutických setkání, během nichž jsme využívaly různé fyzioterapeutické přístupy, tak abychom ovlivnily stav pacientky dle výše uvedeného plánu. V průběhu terapie jsme využily následující techniky – měkké techniky zvl. na oblast šíjových a hrudních fascií a svalů, PIR a PNF- Kabat (diagonály pro HKK a lopatku) k ovlivnění zkrácených a hypertonických svalů dle nálezu, automobilizační cvičení na zvýšení rozsahu pohyblivosti hrudní páteře a krční páteře, nácvik dechové vlny a aktivace hlubokého stabilizačního systému Lp, relaxační techniky (autogenní trénink), korekce sedu a stoje dle Brüggra a nácvik ADL, včetně aplikace na Lindino zaměstnání. Pacientka zpočátku přistupovala velmi aktivně k fyzioterapii, chtěla využít všechny zkušenosti, které během léčby měla možnost nabrat včetně této. Asi po týdnu hospitalizace byla zvolena do samosprávy komunity, stala se předsedkyní, začala rozhodovat o tom, kdo dostane jaký úkol, aniž by se s dotyčnými spolupacienty předem domluvila. V komunitě nebyla příliš oblíbená, hlavně pro svou výraznou extroverznost a dominantní vystupování. Na skupinových aktivitách si často brala slovo a veškerou pozornost upoutávala na sebe, na úkor prostoru pro vyjádření se ostatních. Postupně začala dostávat zpětné vazby od spolupacientů a uvědomovat si svůj postoj. Na individuální fyzioterapii začala přicházet najednou zhoršená, vyžadovala se péče pouze typu měkkých technik, snažila se mne zmanipulovat, tak abych jí vyhověla. Jelikož jsem věděla, jak pacientka vystupuje během skupinových aktivit i o jejích tendencích k manipulaci od ostatních členů terapeutického týmu, byla jsem jí schopná dát zpětnou vazbu a v terapii stanovit jasná pravidla. Pacientka na ně přistoupila a už se nesnažila vyžadovat nějakou nadstandardní péči.

Ze závěrečného vyšetření vyplynulo následující - došlo k mírnému srovnání svalových dysbalancí ve smyslu snížení hypertonu šíjových svalů a stranové symetrizaci, pacientka byla poučena o správném stereotypu flexe Cp a nyní je schopna udělat pohyb bez většího zapojení m. SCM, otázkou je zda bude dále utvrzovat tento pohyb. stereotyp, neb není zatím zafixován. V hrudní páteři došlo ke zlepšení pohyblivosti do flexe, extenze a lateroflexe, jen zůstal omezen pohyb Th páteře do rotace vlevo. Podařilo se nám povolit blokové postavení žeber (na L str.), domnívám se, že i díky povolení Thp došlo k zvětšení RP krční páteře do úklonů a rotací. Na uvolnění Thp nasedá i zlepšení dechového stereotypu – ve smyslu využití roztažitelnosti hrudního koše při nádechu do stran.

Linda byla spolupracující, při terapii se soustředila na jednotlivé techniky, měla zájem o autoterapii a tedy bych prognózu jejího fyzického stavu hodnotila kladně. Myslím, že v terapii bylo třeba si udržet jistý odstup a stanovit jasná pravidla, aby pacientka s terapeutem nezačala manipulovat, ve smyslu diktovat si, jak bude terapie probíhat, dle toho, co bylo pacientce příjemné apod. Linda si sama v průběhu celkové terapie uvědomila svůj častý postoj vůči ostatním díky získání zpětných vazeb od spolupacientů i terapeutů (zvl. snaha manipulace, sebestřednost) a začala se snažit tomu čelit. Pro návaznost v psychoterapii, Linda dostala při propouštění z PLB doporučení ke skupinové psychoterapii (doporučena zvl. KBT – kognitivně-behaviorální terapie) v denním stacionáři poblíž místa jejího bydliště.

Shrnutí přínosu fyzioterapie:

pro Lindu: zbavení se pocitu sevření na hrudi a uvolnění hrudního koše, prohloubení dechové vlny, snížení bolestivosti C-Th přechodu při anteflexi hlavy, získání informací o způsobu držení trupu při denních aktivitách, informace o možných rušivých elementech na špatné držení v zaměstnání (nošení těžké zbraně u boku)

začlenění fyzioterapeuta do terapeutického týmu: získání informace o chování Lindy v rámci celé komunity, tedy zvl. o jejím manipulativním chování vůči osobám v jejím okolí, včetně fyzioterapeuta, na základě tohoto zjištění a porady s terapeutickým týmem jsem byla schopná stanovit jasná pravidla pro individuální fyzioterapii a optimálně reagovat na pokusy o manipulaci

V průběhu léčby vyvstaly pro Lindu najevo některá nepříjemná fakta, zvl. co se týče chování ve skupině, upoutávání pozornosti při terapii na úkor prostoru pro jiné pacienty. Linda na základě tohoto chování začala dostávat zpětné vazby od spolupacientů, které jí zpočátku nebyly příjemné a její stav se zhoršil nejen po stránce psychické, ale i fyzické (zvl. obl. C-Th páteře, bolest mezi lopatkami). Nejprve si své potíže nechtěla připouštět a její obranou byla snaha o manipulaci, zvl. s členy terapeutického týmu. Dále si však během psychoterapie uvědomila svůj postoj a přijala účel terapie, postupně přestala manipulovat se svým okolím. I zde, stejně jako u předchozí kasuistiky bychom mohli zhoršení potíží VAS Cp a Thp interpretovat na podkladě vlivu LS (↑stres při získávání zpětných vazeb od spolupacientů).

Kazuistika 3 – Hana

Jedná se o 63-letou pacientku, která je již po druhé hospitalizovaná na psychiatrickém oddělení v PLB pro úzkostnou poruchu. Naposledy zde byla před rokem pro pokus o sebevraždu (diagnostikována Depresivní epizoda F 32 a Jiné úzkostné poruchy F 41), doma užívala antidepresiva, ale její ošetřující lékař jí po roce snížil dávky léků a Haně se vrátili stavy neklidu. Byla jí změněna medikace, ale bez efektu, úzkosti stále přetrvávaly. K tomu se přidaly i stavy dušnosti, pro které byla hospitalizována na interním oddělení v Tomayerově nemocnici (EKG bpm), tam jí byla doporučena hospitalizace na psychiatrii. Hana po 2 dnech byla převezena na pavilon 3 v PLB. Kromě stavů dušnosti měla také pocit neklidu, zrychleně a povrchově dýchala, postupně se jí začalo i špatně mluvit, měla pocit zúženého hrdla a sužovala ji bolest hlavy, později začala mít i pocit, že se neudrží na nohou. Neklid a úzkost pociťovala již léta. Uvádí, že když nemá „záchvat“ tak má dobrou náladu a chuť do různých činností, ale během „záchvatu“ není schopna nic dělat a je jí zle.

Hana je 5. rokem ve starobním důchodu, dříve pracovala jako mzdová účetní (sedavé zaměstnání). Hana je 20 let vdova, žije s druhem, má 1 syna (rodila císařským řezem) a 2 vnoučata. Matka jí zemřela ve stáří na CMP, otec spáchal sebevraždu ve středním věku, byl psychiatricky léčen. Hana byla před třemi lety na operaci pravého prsu (odebrány mízní uzliny), nález byl benigní, před dvěma lety podstoupila radioterapii pro neoplazii na děložním čípku. Z osobní anamnézy zmíním ještě hypercholesterolemii a hypothyreozu na substituční léčbě. Hana je nekuřačka a alkohol nepije. V mládí hrála závodně stolní tenis a plavala, nyní chodí na procházky s pejskem.

Psychiatricky byla při této hospitalizaci diagnostikována Somatoformní porucha – Somatizační porucha (F 45.0). Na fyzioterapii byla doporučena pro bolesti krční páteře a bolesti hlavy (bez RTG Cp). Při prvním setkání s fyzioterapeutkou (2. týden hospitalizace) působí jako v mírné psychické tenzi, hypobulicky, bez poruch vnímání, spolupracuje, neudrhuje oční kontakt v průběhu rozhovoru, na otázky odpovídá adekvátně, je přítomen drobný třes celého těla, napjaté držení trupu v sedě („stažená ramena“), nápadné povrchové zrychlené dýchání. V noci spí dobře, ale k ránu se brzy probouzí, chuť k jídlu má sníženou. Obtíže, se kterými přicházela na fyzioterapii, byly kromě bolesti v oblasti krční páteře a bolesti hlavy velmi různorodé, např. pálení zad, kříže, DKK od kolen k ploskám.

Hana je menší postavy s mírnou nadváhou (BMI 27), stojí o úzké bazi, chodí drobnými krůčky bez odvíjení plosek a souhybu HKK, má propadlé klenby na nohou, oboustranně

halluxy valgi, percepce z plosek snižená, při stoji na 1 DK velmi nestabilní, oslabené břišní a hýžd'ové svalstvo, „stažená ramena“ – gotické oblouky, ramena v protrakci a předsunuté držení hlavy. Velmi povrchově dýchá horním hrudním typem dýchání. Pohyblivost krční páteře je omezená všemi směry cca na $\frac{1}{2}$ maximálního rozsahu pohybu, krční páteř je napřímená bez rozvoje do flexe, blokáda pravého i levého 1-4 žebra, snížená pohyblivost výrazně kyfotické Th páteře do všech směrů, zvl. do extenze, palpační citlivost sv. v oblasti šíje, jež vystřeluje do zátylku – zvl. m. SCM, mm. scaleni, m. trapezius pars cranialis, krátké extenzory šíje + bolestivá místa úponů. V závěru vyšetření bylo hlavně poukázáno na oslabený hluboký stabilizační systém Lp, blokády kostovertebrálního skloubení (1-4 oboustr.) a svalovou nerovnováhu v oblasti šíje ve smyslu přetížení, zřejmě z důvodů obranných gest a povrchového nesprávného typu horního hrudního dýchání.

K upravení stavu pacientky jsme zvolily fyzioterapeutické techniky k úpravě svalového tonu v problematické oblasti šíje, hrudníku a ramenních pletenců (měkké techniky, hlazení dle Hermachové), k uvolnění celkového staženého držení zvl. horní části trupu jsme zvolily relaxační techniky (autogenní trénink), lehké automobilizační cvičení na uvolnění Th páteře do extenze a tím i uvolnění blokády žeber, polohování Th páteře do extenze společně s protažením prsních svalů. Dále jsme nacvičovaly dechovou vlnu, jež byla třeba učit nejprve přes lokalizované dýchání, zvl. dolní hrudní dýchání pro zvětšení roztažitelnosti hrudního koše do laterálních stran. Pro zlepšení svalové koordinace zvl. v oblasti Lp - aktivace hlubokého stabilizačního systému Lp dle australské školy, senzomotorické cvičení – na zvýšení propriocepce z plosek a aktivace autochtonního systému a zlepšení stabilizace trupu, nácvik chůze a ADL. Z počátku individuální fyzioterapie bylo nutné si nejprve získat důvěru pacientky a vyzdvihnout důležitost našeho setkávání. Dalším důležitým článkem naší terapie bylo vysvětlit a poté naučit pacientku správnému dýchání, k tomu bylo nutné pacientku neustále slovně povzbuzovat a motivovat k terapii včetně autoterapie.

Pacientka se v rámci komunity příliš neprojevovala, působila dosti introvertně, nenavazovala příliš kontakt s ostatními spolupacienty. Sama potvrzovala, že jí více vyhovuje individuální přístup v terapii. Pacientka sama po 14-ti dnech intenzivní celkové terapie na pavilonu 3 uvedla, že si je vědoma vzniku potíží na podkladě psychiky, tedy začala získávat náhled na své onemocnění. S tímto „přiznáním“ si obtíží, začala dělat ve všech terapiích jisté pokroky a dá se říci, že se celkově uvolnila. Tento pocit začali mít i členové komunity, Hana s nimi začala více komunikovat.

Jelikož fyzioterapeutických setkání proběhlo pouze 6, při výstupním vyšetření jsem nenalezla výrazné změny zvl. v celkovém postavení trupu ve stoji a při chůzi. Podařilo se nám uvolnit hrudní páteř, odstranit blokády žeber (žebra však zůstala palpačně citlivá), zásluhu na tom přikládám hlavně zlepšení soustředění na dech a intenzivnímu nácviku relaxace. Domnívám se, že i díky tomu (zvl. uvolnění hrudníku) se mírně zlepšil rozsah pohybu krční páteře do všech směrů a došlo ke snížení palpační citlivosti povrchových svalů na přední straně krku. Bolesti hlavy přetrvávaly nadále, i když pacientka udávala, že již v menší intenzitě. Jelikož se nám nepodařilo příliš zaktivovat hluboký stabilizační systém, pacientka hlavně nezvládla autoterapii pro aktivaci HSS. Domluvila jsem se s Hanou, že bude ve fyzioterapii dále pokračovat. Haně bylo doporučeno pokračovat i v psychoterapii (KBT). Terapeutický tým jí našel psychoterapeutické zařízení nedaleko bydliště, kde jsme zjistili, že mají i fyzioterapeutku, a tedy v propouštěcí zprávě byla doporučena i fyzioterapie.

Shrnutí přínosu fyzioterapie:

pro Hanu: Hana měla v průběhu terapie velké potíže s uvolněním se, za hlavní přínos tedy považuji úspěšný začátek nácviku relaxace celého těla, díky tomu i zlepšení vnímání signálů z vlastního těla, uvědomění si důležitosti správného dýchání a získání informace o dalších správných pohybových stereotypech, motivace k pokračování ve fyzioterapii, včetně autoterapie, informace o vzniku bolesti Cp a hlavy na podkladě psychického stavu pacientky – uvědomění si možných důvodů vzniku potíží a poddání „návodu“ jak s tímto stavem pracovat

začlenění fyzioterapeuta do terapeutického týmu: během 6-ti terapeutických jednotek se nepodařilo ovlivnit stanovený plán terapie (pacientka zatím sama nezvládá uvolnit celé tělo během relaxace, není schopna aktivace HSS), tedy po dohodě s ošetřujícím lékařem jsme jí doporučili, i v propouštěcí zprávě pro jejího lékaře, pokračovat dále ve fyzioterapii v ambulantní formě

Pro Hanu nebyla tato hospitalizace na psychiatrii 1. zkušeností. Tělesné potíže, které jí zužovaly byly různorodé (bolesti Cp, hlavy, pálení zad, kříže, DKK od kolen dolů), dalo by se říci typické pro pacienty se somatoformními poruchami. Její držení těla odpovídalo „obraným gestům“ = nevědomé pohyby, které provádíme ve stavu napětí a stresu, patří sem elevace ramenních pletenců vzhůru, předsunutí hlavy, což způsobuje zvýšené svalové napětí v oblasti krku a šíje, a následně i její bolestivost. I tento mechanismus bychom mohli zařadit do vlivů psychiky na svalový systém na podkladě vlivu LS.

5.2.1 Shrnutí kazuistik

- „Různý projev, stejná příčina“: U všech pacientek se objevilo zhoršení fyzického stavu navazující na zhoršení stavu psychického. Při stresu dochází ke zhoršení kvality funkce posturálního svalového systému, zvláště ve smyslu zvýšení svalového tonu na podkladě dysfunkce LS, v našem případě zejména v oblasti šíje.
- „Stejný vývoj“: U všech pacientek se během hospitalizace objevila krizová situace, které byly nuceny čelit. Ať už u Dany strach z návratu z chráněného prostředí do běžného života, zhoršení stavu Lindy na základě kritiky její osoby, nebo uzavřeného chování Hany z důvodu nedostatečného náhledu na onemocnění, kterým trpí. Nepříjemné situace u těchto pacientek s sebou přinášejí negativní afektivní stavy, jež aktivují LS. Hospitalizace s intenzivní psychoterapií měla za účel vytvořit náhled pacientek na jejich poruchu, vznik jejich obtíží a naučit je tyto situace zvládat.
- Individuální přístup fyzioterapeuta: Pro pacientky individuální fyzioterapie přinesla zejména informace o vlivu psychiky na jejich držení těla (vztaheno i k problematické Cp) a způsobu dýchání, práci s tělem ve smyslu uvolnění celkového (tělesného i psychického) napětí, tím pádem i zlepšení vnímání aferentních signálů z vlastního těla. Pacientky dostaly „návod“ k vhodným denním pohybovým aktivitám, včetně ergonomických zásad během ADL.
- Začlenění fyzioterapeuta do terapeutického týmu: Díky tomu snaha o přiblížení ke komplexnímu přístupu k pacientovi, dle koncepce oboru Fyzioterapie i Psychiatrie – komunikace s ostatními odborníky, jež se podílejí na péči o pacienta. Pro fyzioterapeuta začlenění přineslo zvl. přehled o průběhu léčby pacienta, včetně utvoření si náhledu na osobnost pacienta, díky kazuistickým poradám týmu nad klienty, vlastní účasti na ranních komunitách, nebo na jiném skupinovém programu. Přínos fyzioterapeuta pro terapeutický tým - uvědomění si týmu možnosti zvládnutí krizových situací pro pacienty (viz. „Stejný vývoj“) pomocí vnímání aferentních signálů z vlastního těla, zdůvodnění fyzických obtíží (nalezení důvodu vzniku obtíží přináší úlevu) a možnosti práce s těmito „signály“ (celková relaxace, práce s dechem aj.).

6 DISKUSE

Jedním z významů této práce je vytvoření návrhu pro doplnění chodu oddělení pavilon 3 v PLB. Za tímto účelem jsem postupně dospěla k tomu, že se bude nejprve třeba seznámit se s konceptem oboru Psychiatrie v ČR, jakým způsobem by měla být prováděna péče o duševně nemocné. Jaké jsou v posledních letech hlavní problémy, cíle a trendy oboru Psychiatrie stanovil Evropský region WHO v roce 1998 v rámci záměru „Zdraví pro všechny ve 21. století“. Jak si stojí ve vývoji oboru Psychiatrie Česká republika a jiné evropské státy mi připadalo také zajímavé v této kapitole zmínit. Tedy v následujících 3 podkapitolách je možné se seznámit blíže s některými důležitými fakty z konceptu oboru Psychiatrie, „zlepšením duševního zdraví v 21. století“ dle WHO a problémy duševního zdraví napříč Evropou. Po těchto kapitolách navazují diskusí a úvahou nad řešenou problematikou (kapitola 6.4).

6.1 Koncepce oboru psychiatrie v České republice

Klasifikace a náplň oboru (7,13,42,63,79)

- **Předmět a cíl oboru**

Předmětem a náplní oboru psychiatrie je prevence, diagnostika, terapie a rehabilitace osob s duševními poruchami.

Cílem péče o osoby s duševními poruchami je co nejvíce podpořit schopnosti pacienta a jeho přirozeného zázemí tak, aby nemocný byl schopen se sám co nejvíce vypořádat se svými obtížemi. Snahou je napomoci osobám s duševní poruchou k dosažení produktivního a subjektivně uspokojivého života v co nejpřirozenějších podmínkách.

K těmto cílům využívá psychiatrie léčebné postupy biologické, psychoterapeutické, socioterapeutické a rehabilitační.

- **Vymezení činnosti oboru**

Zájmem oboru jsou osoby trpící duševní poruchou (dle MKN-10). Obor spolupracuje s ostatními klinickými obory medicíny, kde se psychické vlivy podílejí na vzniku a na udržení somatických chorob anebo kde somatické choroby psychické choroby vyvolávají.

Největší část psychiatrické péče je věnována zejména v ambulantních a v intermediálních zařízeních pacientům s neurotickými poruchami a s poruchami adaptace (tzn. „malá psychiatrie“).

V současném vývoji psychiatrie se objevují tyto problémy:

- stárnutí populace zvyšuje počet duševních poruch ve stáří, zvl. demence,
- ohrožení zdraví populace nadměrnou konzumací alkoholu a návykových látek,
- oblast „velké psychiatrie“, zabývající se psychotickými onemocněními oproti ostatním oborům zanedbává péči o chronické pacienty,
- péče v oblasti neurotických a psychosomatických poruch se rozšířila, hrozí zde psychiatrizace problémů a zdravotních obtíží a to zvl. při trvalém nárůstu životních zátěží,
- spolupráce např. se sociální sférou není dostatečně koordinována,
- psychiatrie spolupracuje na celé řadě závažných celospolečenských problémů, jako je sebevraždnost, návykové choroby aj.

Psychiatrie spolupracuje se zdravotnickými zařízeními mimo svoji oblast, např. ordinacemi primární péče, ordinacemi specialistů, psychoterapeutickými a psychosomatickými centry, centry pro léčbu bolesti aj.

Psychiatři a kliničtí psychologové poskytují též odborné konziliární, poradenské, psychoterapeutické služby a to jednak na nepsychiatrických odděleních, jednak mimo resort zdravotnictví a to zvláště u pacientů:

- s tělesným onemocněním a souběžnou duševní poruchou
- u nichž psychologické vlivy působí na vznik a průběh somatického onemocnění
- s psychosomatickými a neurotickými poruchami

Navrhovaná struktura oboru (13,42,63)

Psychiatrická zařízení jsou zřizována buď jako součást vyššího zdravotnického zařízení, nebo jako samostatná pracoviště. Mohou též vznikat kombinace různých nemocničních, intermediárních a ambulantních zařízení podle místních podmínek, potřeb a možností.

Cílem je, aby v každém geografickém regionu byla dostupná nabídka psychiatrických, psychologických, psychoterapeutických a sociálních služeb. Ty se spolu navzájem doplňují, koordinují činnost a vytvářejí funkční celek.

Z dlouholetých zkušeností vyplývá vyšší potřeba psychiatrických a sociálních služeb ve velkoměstských aglomeracích.

- **Sít' psychiatrických zařízení tvoří:**

- **ambulantní péče** (*psychiatrická ambulance, specializované psychiatrické ambulance*)
- **intermediární péče** (*krizové centrum – zařízení pracující nepřetržitě, 24 hodin denně, pomáhající osobám, kteří se ocitli v tíživé životní situaci; denní stacionář – rehabilitační program pro usnadnění přechodu z hospitalizace do běžného života a pro nemocné vyžadující intenzivnější ambulantní péči; domácí péče a domácí léčba*)
- **lůžková péče** – Nemocniční psychiatrická péče disponuje celkem 11 400 lůžky (2001). 88% z nich je v psychiatrických léčebnách a 12% v psychiatrických odděleních nemocnic. Změny v počtech lůžek a jejich restruktulizace je možno uskutečnit pouze v souvislosti s rozvojem ambulantních a intermediárních služeb a služeb sociálních. Péče o akutní psychiatrické poruchy by se měla postupně přesouvat z psychiatrických léčeben do psychiatrických oddělení nemocnic. Ta jsou lépe vybavena pro tento typ nemocných a mohou poskytovat kvalitnější akutní péči. Výhledově by měl celkový počet lůžek v psychiatrických léčebnách a v psychiatrických oddělení nemocnic dosáhnout v České republice počtu 100 lůžek na 100.000 obyvatel: z toho by počet lůžek akutní péče představoval 45 % a počet lůžek následné péče 55 %. Patří sem *psychiatrická oddělení, psychiatrické léčebny, lázeňská zařízení*.
- **meziresortní zařízení** (*centra denních aktivit, protidrogová centra, chráněné bydlení, chráněné dílny, přechodné zaměstnání aj.*)

- **Přehled kvalifikace zdravotnických pracovníků v psychiatrii:**

- vysokoškolsky vzdělaní odborníci: lékaři, kliničtí psychologové, logopédi, fyzioterapeuti, ošetrovatelky, sociální pracovníci
- odborníci s vyšším vzděláním: diplomované psychiatrické sestry, sociální pracovníci, fyzioterapeuti, ergoterapeuti
- středoškolsky vzdělaní odborníci – zdravotní sestry, socioterapeuti

Všichni odborní pracovníci jsou povinni se trvale vzdělávat studiem odborných informací a absolvovat stanovený rozsah vybraných vzdělávacích akcí, pořádaných Institutem pro vzdělávání zdravotnických pracovníků, Českou psychiatrickou společností, Lékařskou

komorou, pracovištěm případně dalšími akreditovanými institucemi. Systém vzdělávání v psychiatrii se řídí stavovskými předpisy České lékařské komory.

Rozvoj a vývojové trendy v oboru

- **Priority oboru:**

- rozšiřování, zpřesňování hodnocení současného informačního systému
- výzkum terapeutických a sociorehabilitačních metod a hodnocení kvality, efektivity a ekonomiky jednotlivých služeb a programů včetně organizace psychiatrických služeb
- výzkum duševních poruch pomocí nových zobrazovacích metod

- **Systém kontroly kvality poskytované péče**

Odbornou činnost jednotlivých zdravotnických pracovišť posuzuje a kontroluje zřizovatel a u nestátních zdravotnických zařízení orgány Lékařské komory. Mimo to se na kontrolní činnosti podílí Všeobecná zdravotní pojišťovna prostřednictvím revizních lékařů. Psychiatrické léčebny a jednotlivé nemocnice zřizují ke kontrolní činnosti dozorčí rady. Nově se na kontrole podílí i ministerstvo zdravotnictví a krajské zdravotnické orgány. Odbornou činnost fyzioterapeuta kontrolují orgány zdravotních pojišťoven a profesní organizace fyzioterapeutů Unify.

- **Srovnání oboru se zahraničím (3,13)**

V porovnání s vyspělými evropskými státy je např. naše péče o osoby s psychickými poruchami méně rozvinuta. V České republice se preferuje lůžková péče, nedochází ke zvyšování lůžek v psychiatrických odděleních nemocnic na úkor lůžek v psychiatrických léčebnách, pomalu se rozvíjí intermediární péče. Percentuální podíl výdajů na psychiatrii je u nás nižší než v Západní Evropě.

Postupně vznikají regionální sítě propojených služeb, tempo jejich vzniku je však dosud pomalé, nemá systémovou ani finanční oporu a vzdělávání pro komunitní péči není součástí vzdělávacího systému.

Psychofarmakoterapie je na dostatečné úrovni, i když preskripci nových léků (neuroleptika, antidepresiva) omezuje finanční nedostatek. Psychoterapeutické postupy doznaly rozšíření, zkvalitnění a rozšířila se nabídková forma.

Personální vybavení je omezené a to zvláště u středních zdravotnických pracovníků, sociálních pracovníků a specializovaných nezdravotnických pracovníků.

Spolupráce s rodinnými příslušníky nemocných a se samotnými nemocnými je doposud omezená.

- **Očekávané trendy oboru**

Z popisu, porovnání a z hodnocení současného stavu psychiatrické péče u nás při srovnání se světovými trendy vyplývají základní vývojové tendence, které předkládaná koncepce navrhuje a doporučuje:

- další integrování psychiatrie do zdravotnictví,
- zmenšování a odstranění stigmatizovaného postavení psychiatrie
- humanizace a zlepšení materiálních podmínek v psychiatrických léčebnách,
- rozvoj psychiatrických lůžkových oddělení v nemocnicích,
- rozvoj tzv. intermediární péče,
- respektování osobní důstojnosti a práv psychiatrických nemocných,
- důraz na spolupráci všech odborníků, podílejících se na péči o osoby s duševními poruchami, na spolupráci mezi jednotlivými psychiatrickými zařízeními s cílem dosáhnout kontinuity péče,
- spolupráce se sektorem sociální péče a další mezioborová spolupráce,
- výzkum účinnosti jednotlivých léčebných postupů, výzkum etiologických faktorů, ovlivňujících vznik a průběh duševních poruch,
- sledování ekonomických ukazatelů a jejich vývoj.

- **Napojení na mezinárodní aktivity**

Česká psychiatrická společnost spolupracuje se: Světovou zdravotnickou organizací (WHO), Světovou psychiatrickou asociací (WPA), Evropskou psychiatrickou asociací (EPA), Světovou federací duševního zdraví (WFMH), Evropskou unií (EU), Mental Health Europe (MHE).

- **Popis vybraných problémů oboru (7,13,42)**

Teprve od 50. let 20. století se psychiatrie pozvolna včleňuje do sítě zdravotnických služeb. Současná psychiatrie vychází z bio-psycho-sociálního modelu duševních poruch a respektuje jej. Prudký rozvoj ambulantních služeb a vznik psychiatrických oddělení nemocnic nastal v 50.-70. letech. Od 60. let se počet psychiatrických lůžek v léčebnách pohyboval kolem 150/100.000 obyvatel. Vzdor všem plánovacím snahám se snižoval pouze nepatrně. Až v r. 1990 v souvislosti s transformací společnosti a zdravotnictví počal klesat a v současnosti se blíží 100/100.000 obyvatel. Naopak lůžka na psychiatrických oddělení nemocnic se

rozšiřovala z 8/100.000 v r. 1960 na 11/100.000 v r. 1995. Stále ale zůstává nemalá část akutní psychiatrické péče na bedrech psychiatrických léčeben, z nichž některé pro kvalitní diagnostiku nejsou přiměřeně vybaveny.

Intermediární péče počala u nás vznikat prakticky až v r.1981. Od té doby se postupně pomalu rozvíjejí stejně jako spolupráce s ne zdravotnickými institucemi. Ovšem tyto nové formy psychiatrické péče vznikají obtížně, protože nemají tradici a jejich financování není vymezeno.

Psychiatrické léčebny nemají dostatek středních zdravotnických pracovníků, sociálních pracovníků a jiných odborných pracovníků.

Psychiatrie a psychiatři pacienti mají stále ještě v očích zdravotníků a celé společnosti zhoršenou pověst i když se stigma duševní choroby pozvolna zmenšuje.

- **Připomínky a návrhy pro zlepšení stávající organizace odborných služeb (6,13)**

- 1) Prosazovat funkční propojení všech složek péče o osoby s duševními poruchami a spolupráci se sociálními službami.
- 2) Zřizovat plánovitě nové služby podle schválené koncepce s převáděním akutní lůžkové psychiatrické péče do psychiatrických oddělení nemocnic, s důrazem na budování ambulantních a intermediárních služeb. Na zřizování psychiatrických služeb se budou podílet odborníci, veřejná správa, zdravotní pojišťovny, uživatelé péče a jejich rodinní příslušníci.
- 3) Vyvolat diskusi o legislativních otázkách v psychiatrii (přijetí do ústavní péče bez souhlasu nemocného a léčení bez souhlasu nemocného, způsobilost k právním úkonům, předávání do jiné zdravotnické péče).
- 4) Dále propracovávat standardy psychiatrické péče a to: terapeutické a rehabilitační, kvalifikační standardy pro zdravotnické pracovníky v psychiatrii, standardy pro provoz jednotlivých typů psychiatrických zařízení.
- 5) Vytvořit systém a nástroje pro hodnocení kvality psychiatrické péče.
- 6) Zlepšit stavební, technické a hygienické podmínky v psychiatrických léčebnách a to zvláště na odděleních geriatrických a na odděleních uzavřených.
- 7) Podílet se s Geriatrickou společností ČLS na vypracování koncepce gerontopsychiatrické péče.
- 8) Podporovat diferencovanou péči o osoby závislé na alkoholu a jiných návykových látkách a to zvláště pro alkoholickou a nealkoholickou závislost.

- 9) Orientovat pedopsychiatrickou péči na prevenci závislostí u dětí a mladistvých.
- 10) Vytvořit systémem tzv. veřejné péče síť zařízení pro výkon ambulantního ochranného léčení.
- 11) Obnovit síť ordinací AT pro prevenci a léčbu závislostí na celém území České republiky.
- 12) Vytvořit funkční systém výkonu ochranného léčení.
- 13) Vybudovat specializovaný detenční ústav pro osoby v ústavním ochranném léčení, které v léčbě nespolupracují.
- 14) Podílet se na systému vzdělávání všech (vysokoškolských i středoškolských) zdravotnických pracovníků v psychiatrii.

6.2 Zdraví pro všechny v 21. století – cíl 6: zlepšení duševního zdraví

V evropském regionu narůstají rizikové faktory vedoucí k poruchám duševního zdraví. Patří k nim nezaměstnanost, migrace, chudoba, politické převraty, napětí mezi etnickými skupinami, mezi specifickými skupinami ve velkých městech, nárůst počtu bezdomovců, samota, rozpad sociálních sítí, zneužívání návykových látek, deprivace a socioekonomický neklid. (55).

V Evropě existuje rozdíl mezi pojetím psychiatrické péče v jednotlivých zemích. Mnoho zemí v západní Evropě snížilo počet lůžek a snaží se zajistit péči o lidi s duševní poruchou v místních komunitách, kde pacienti žijí a pracují. Naplňování tohoto záměru je obtížné z finančních a někdy i organizačních důvodů. Podobným směrem jde i Česká republika. Ideálním stavem by měla být podpora duševního zdraví a prevence duševních poruch v místní komunitě a léčení v blízkosti bydliště pacienta.

Evropský region WHO si stanovil v roce 1998 21 cílů pro realizaci záměru „Zdraví pro všechny ve 21. století“. Jeho hlavními cíli je ochrana a rozvoj zdraví lidí po jejich celý život a snížení výskytu nemocí i úrazů a omezení strádání, které lidem přinášejí. Zlepšení duševního zdraví je cílem číslo 6. V následující tabulce (tab. 1) jsou uvedeny body a pod nimi jednotlivé aktivity Ministerstev ČR – práce a sociálních věcí (MPSV); školství, mládeže a tělovýchovy (MŠMT); zdravotnictví (MZ) ke splnění dílčích úkolů. Za jednotlivými aktivitami ve zkratce uvádím aktuální stav řešení úkolů (27,55).

Tab. 1 Cíl 6: zlepšení duševního zdraví (6,55,79,80,81)

Cíl 6
Do roku 2020 by se měla zlepšit psychosociální pohoda lidí a pro lidi s duševními problémy by měly být <u>dostupné komplexní služby</u>.
6.1 Výskyt a nežádoucí zdravotní důsledky duševních poruch by se měly podstatně omezit a měla by být <u>posílena schopnost lidí se vyrovnávat se stresujícími životními okamžiky</u>.
<p><i>6.1.1. Vytvořit program komplexního řešení péče o duševní zdraví včetně transformace stávající péče (odpovědnost: MZ):</i></p> <p>- 17 z 27 psychiatrických oddělení nemocnic není schopno poskytovat kvalitní psychiatrickou péči; dle údajů ÚZIS (2003-4) nevzniklo žádné psychiatrické oddělení, počet lůžek v nich poklesl o 7%; více pacientů se dostává do psychiatrických léčen; podíl prostředků věnovaných psychiatrii v ČR je méně než poloviční než v jiných zemích EU; je nedostatečná kapacita chráněného bydlení; v r. 2006 byla ustanovena komise pro implementaci koncepce oboru psychiatrie.</p> <p><i>6.1.2. Zajistit racionální využívání stávajících finančních zdrojů tak, aby systém péče o duševně nemocné byl motivován k transformaci a zajištění regulérního financování nově zaváděných služeb (MZ, MPSV):</i></p> <p>- Zejména dotační programy od MPSV. Existovala představa, že úkoly psychiatrických léčen převzou zařízení komunitní, což je však vzhledem ke struktuře pacientů v léčebnách nereálné. Financování komunitních služeb ze zdrojů zdravotního pojištění nelze očekávat.</p> <p><i>6.1.3. V rámci systému zvyšování kvality péče vytvořit standardy diagnostických a terapeutických postupů se zohledněním lidských práv (MZ, MPSV):</i></p> <p>- V roce 2005 se ČR prostřednictvím Státního zdravotního ústavu (SZÚ) připojila k řešení projektu EU „Implementation of mental health promotion and prevention policies and strategies in EU member states and applicant countries“ (EMIP). EMIP usiluje cestou výměny institucionálních, týmových i osobních zkušeností a postupů („best practices“) o začlenění podpory duševního zdraví do života společnosti členských zemí EU a o uplatnění základních principů podpory zdraví – zvýšení aktivity občanů v ochraně svého zdraví a zvýšení odpovědnosti za ně – i v oblasti podpory a ochrany duševního zdraví.</p> <p><i>6.1.4. Transformace systému přesunem většiny akutní psychiatrické péče z psychiatrických léčen do psychiatrických oddělení všeobecných nemocnic, domácí péče a systému krizových center (MZ):</i></p> <p>- viz. 6.1.1. V r. 2005 byl přijat Zákon o sociálních službách, který umožňuje domácí péči za nových podmínek, změny do budoucna zatím nelze vyhodnotit, z úhrad pojišťovny nelze pokrýt financování krizových center ani ve velkých městech.</p>

	<p>6.1.7. <i>Začlenit nové přístupy a formy péče o duševně nemocné do pregraduálních, postgraduálních a kontinuálních systémů vzdělávání a dle potřeby vytvářet nové programy pro odpovídající poskytovatele péče (MZ, MPSV, MŠMT):</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - MPSV – Zákon o sociálních službách – začleněn systém celoživotního vzdělávání pracovníků sociálních služeb (účinnost od 1.1. 2007) - MZ - r. 2005 začali akreditace psychiatrických zařízení pro předatestační přípravu - MŠMT je na úrovni spolupracujícího resortu, podle zákona č. 111/1998, Sb. o vysokých školách, tvorba a uskutečňování studijních programů patří do samosprávné činnosti vysokých škol a MŠMT nemůže do této činnosti zasahovat
	<p>6.2 Počet sebevražd by měl být snížen alespoň o jednu třetinu</p>
	<p>6.2.1. <i>Systematické školení lékařů primární péče v rozpoznávání a léčení deprese, nebezpečí sebevraždy a kultivace vztahu lékař – pacient (MZ, MPSV):</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Snaha o snížení sebevraždnosti o 1/3 je neúměrně ambiciózní, protože dostupnými prostředky nejsou ovlivnitelné hlavní determinanty sebevraždnosti. Nyní probíhají kurzy psychiatrie pro praktické lékaře podpořené granty, zájem ze strany lékařů je veliký.
	<p>6.2.2. <i>Zlepšení a zvýšení efektivity psychiatrických služeb rozšířením sítě Krizových center, linek důvěry a psychiatrických oddělení nemocnic, vybudování sítě proti alkoholním poraden a zlepšení dostupnosti inovativních psychofarmak (MZ, MPSV):</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Krizová centra a linky důvěry jsou financovány v rámci dotačního řízení MPSV, nové služby nebyly systematicky podporovány, stávající ano, snaha o lepší dostupnost sítě těchto zařízení metodou komunitního plánování - Dle MZ – rozšíření sítě krizových center je sporné, neboť např. v Praze jsou 2 a intenzita jejich využití je nízká. Je také sporné, zda jsou psychiatrická oddělení obecných nemocnic efektivnější než oddělení psychiatrických léčeben. Tvzení o neefektivitě léčeben vychází z chybné kalkulace, kdy průměrná ošetrovací doba v léčebnách vychází z průměru mezi chronickými pacienty, kteří několik let čekají na umístění v ústavu sociální péče a akutními pacienty v léčebnách, kteří mají dokonce kratší ošetrovací dobu než v odděleních nemocnic.
	<p>6.2.3. <i>Snížení stigmatu psychicky nemocných a odstranění jejich diskriminace (MZ, MPSV):</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - MPSV od r. 2004 pořádá kurzy pro průvodce dobrou praxí v problematice péče o osoby s problémovým chováním, dále MPSV přispívá k informovanosti o duševně nemocných díky podpoře nestátních neziskových organizací, a MPSV se podílelo na vypracování antidiskriminační právní úpravy - MZ – vhodná medializace a kulturní aktivity spojené s pozitivním náhledem na obor a duševně nemocné, na odstranění diskriminace se musí podílet legislativa

6.3 Problémy duševního zdraví napříč Evropou (6,57,64,65,77,9)

Fungování služeb je jedním z určujících prvků duševního zdraví. I když každý členský stát si raději organizuje svůj vlastní systém psychiatrické péče odpovídající národní tradici, musí být každému občanu EU dostupná péče adekvátní.

V posledních několika letech se v řadě zemí objevily nové reformní plány a zákony. Nové zákony se zabývají právními otázkami (př. práva pacienta), povahou a rozmístěním psychiatrické péče v obcích, otázkami financování, specifickými problémovými oblastmi (př. alkoholismus, drogové závislosti). Je tendence novými plány a zákony zdůrazňovat úlohu praktických lékařů a nutnost jejich vzdělávání v psychiatrii.

Zvl. Rakousko, Itálie, Nizozemsko a Norsko prodělávají proces decentralizace a přeměny. Většina systémů v Evropě má teď určitý stupeň sektorové organizace, v níž je koordinován široký rozsah služeb pro relativně malou určenou populaci, ačkoli služby, zařízení a odborní pracovníci se na nich podílejí ve velmi různé míře. Kde za otázky duševního zdraví odpovídá několik orgánů, jako ve Španělsku a Švédsku, tam jsou potíže s koordinací a spoluprací.

Ve většině evropských zemí je nyní psychiatrie (resp. otázky duševního zdraví) převážně součástí zdravotnictví a zodpovídá za ni stát nebo oblast. Praktičtí lékaři nebo jiní odborní pracovníci primární péče se zabývají velkou částí psychiatrických problémů (64,77).

Psychiatrická ústavní péče (6,57,64,77)

Velké nemocnice pro duševně choré byly dědictvím většiny evropských zemí z 19. a počátku 20. století a často představovaly hlavní část veškeré psychiatrické péče. Vyznačovaly se zvláště stigmatizací a společenskou výlukou. Nové léčebné metody a nové postoje k lidským právům po druhé světové válce postupně podnítily základní změnu v přístupu. Proces zrušení psychiatrických ústavů začal asi před 40 lety jako „pionýrský“ program v některých komunitách, kritizoval povahu velkých ústavů a přílišné používání ústavní péče. Nový směr se rozvíjel pomalu, i když se nakonec zapojily všechny země, není tento proces ještě všude dovršen. Některé země mají ještě stále relativně velký počet lůžek ve velkých psychiatrických nemocnicích (Nizozemsko 1,8/1000; Belgie 1,6/1000). Švédsko dosáhlo největšího snížení v jednom důležitém ohledu: po programu zmenšení nemocnic prováděném posledních 30 let, nemá od poloviny devadesátých let 20. století vůbec žádné psychiatrické nemocnice a všech 0,6/1000 psychiatrických nemocničních lůžek jsou lůžka na psychiatrických odděleních všeobecných nemocnic.

Obecně nelze pochybovat, že ve většině zemí došlo během posledních dvou desetiletí k velmi významnému snížení počtu psychiatrických lůžek. Tento proces pokračuje, přičemž se obvykle zvyšuje počet přijetí, avšak dramaticky se zkracuje délka pobytu.

Většina zemí zachovala nějaké zvláštní psychiatrické nemocnice, jež prodělaly velké změny. Obvykle byly velmi podstatně zmenšeny, poskytují velký rozsah léčebných směrů a režimů a jsou součástí servisních sítí na komunální úrovni. Některé, jako v Rakousku, byly přejmenovány, aby se tak působilo proti stigmatizaci. Mnohá zařízení byla zavřena a nahrazena moderními alternativami. Ve většině zemí je nejběžnější terapeutickou alternativou psychiatrická jednotka (oddělení) ve všeobecné nemocnici, přičemž psychiatrie má podobný status jako kterákoli jiná specializace, avšak někteří zavedli krátkodobá lůžka v „centrech mentálního zdraví“, která poskytují širokou paletu služeb.

V některých zemích přetrvávají soukromé nemocnice, často provozované náboženskými organizacemi, jako v Portugalsku, nebo psychoterapeutické/psychosomatické rehabilitační nemocnice v Německu s variabilní integrací do soustavy státních služeb.

Ve většině zemí pracují týmy specialistů – psychiatrů a jiných – v nemocnici anebo psychiatrických centrech anebo působí z těchto zařízení a ambulantní péče může být poskytována v jednom z těchto anebo v obou zařízeních. Praktičtí lékaři mají v soustavě zdravotní péče úlohu první linie pro odhalení psychické poruchy pacienta. Například ve Španělsku musí praktičtí lékaři pacienta odeslat psychiatrickému týmu v obci, který zajistí počáteční ambulantní péči a popř. pacienta dále doporučí k přijetí do psychiatrické nemocnice. V jiných zemích, jako Německo, se nemocný může obrátit přímo na specialistu – psychiatra.

Komunální služby, zařízení a podpora (6,57,64,65)

Souběžným jevem při zavírání nebo snižování počtu nemocnic a psychiatrických lůžkových zařízení byl rozvoj velkého rozsahu komunálních zařízení. Bylo nebezpečí, že se počet nemocničních lůžek sníží nebo nemocnice zavřou dříve než se v obci vytvoří alternativní péče. Proto se muselo postupovat uvážlivě a pečlivě plánovat, aby se oba vývoje koordinovaly. Taková péče vyniká v Nizozemsku a v Norsku, kde parlament zakázal další redukci psychiatrických lůžek, dokud nebudou k dispozici komunální alternativy.

Každá země má vybudovanou síť komunálních služeb, avšak málo zemí by si mohlo dělat nárok, že mají všechny v každé obci. Téměř všechny připouštějí, že zajištění v různých regionech je různé. A téměř všechny připouštějí, že mají problémy s koordinací těchto mnoha

různých služeb. Koordinace je vsuktu obrovským úkolem, jelikož poskytovatelé těchto služeb v obcích jsou státní a místní orgány, zdravotní a sociální dobročinné agentury, soukromé organizace, státní a místní nevládní organizace, případně profesní spolky, spolky pacientů a rodin.

Duševní zdraví v primární zdravotní péči (6,57,64,65)

V některých zemích je primární lékařská péče již dlouho základem zdravotnické soustavy a praktičtí lékaři obvykle zprostředkovávají styk s jinými službami, zpravidla též psychiatrickými. Tato úloha první linie je zvlášť silná v Dánsku, Finsku, Norsku, Portugalsku, Španělsku a ve Spojeném království. V Nizozemsku sdílejí praktičtí lékaři tuto funkci se sociálními pracovníky, psychology a některými závodními lékaři. V Rakousku a Irsku jsou praktičtí lékaři údajně obvykle prvním styčným bodem pro pacienty, kdežto v Belgii a Lucembursku je psychiatrie údajně zcela začleněna do primární zdravotní péče. V Německu nejsou praktičtí lékaři označováni za lékaře první linie.

Existují však zprávy, že praktičtí lékaři obvykle dobře nefungují, pokud jde o potřeby psychiatrických pacientů a že jejich vzdělání v psychiatrii je menší než v somatické medicíně. Několik evropských zemí se aktivně angažuje pro zlepšování této situace. Ve Spojeném království je to již nějakou dobu důležitá starost a vzdělávání v psychiatrii je nyní jedním ze šestiměsíčních modulů zařazených do vzdělávání praktických lékařů. Není však povinné a jenom asi polovina účastníků vzdělávání tento modul zařazuje. V Rakousku se vzdělávání praktických lékařů reorganizuje a psychiatrie je zařazena jako povinný předmět.

Ve většině praxí ve Spojeném království jsou kromě několika lékařů zdravotní sestry, komunální sestry, osoby vykonávající návštěvy u nemocných a stále více poradci a terapeuti pracující v praxi nebo z praxe. Specializované psychiatrické komunální ošetrovatelky, psychologové, sociální pracovníci a domácí pečovatelé a fyzioterapeuté jsou někdy napojeni na praxi, ačkoli v mnoha oblastech pracují jako součást komunálního psychiatrického týmu s psychiatrem ze střediska pro duševně choré, které slouží větší populaci.

Norsko má podobně okresní psychiatrická centra; Finsko a Švédsko též rozvíjely multidisciplinární specializovaná psychiatrická centra. Alternativní model byl vyvinut v Itálii, je založen na střediscích duševního zdraví v obcích, který poskytují místní přímý přístup psychiatrických služeb; ve Francii jsou lékařská psychologická centra.

Personální otázky (6,57,77)

Ve většině zemí jsou ještě jiní odborní psychiatrickí pracovníci, neznáme však jejich počty ani poměr mezi nimi. Patří k nim psychologové, psychoanalytici, psychoterapeuti, psychiatrické sestry, školení poradci a možná ještě další. Bez všeobecně schválené standardní taxonomie lékařských sociálních odborných pracovníků nebudeme schopni srovnávat zajištění služeb ani zkušenosti pacientů.

Můžeme říci, že nyní je k dispozici více psychologů; psychiatrickým sestrám se dostává nového vzdělávání a nových úkolů; sociální pracovníci byli přijati do multidisciplinárních týmů; psychoterapeuti a poradci jsou nyní k dispozici v širším měřítku. Můžeme též říci, že i vzdělávání se během let změnilo, pravděpodobně pro všechny skupiny. Nicméně je málo známek společného vzorce kromě stále větší rozrůzněnosti odborných pracovníků a jejich stále většího počtu. Profily pracovníků jsou podle zkušeností různých evropských zemí velmi variabilní a rozmístění pracovníků je rovněž měnlivé v rámci většiny zemí.

6.4 Diskuse a úvaha nad problematikou

Velká část psychiatrické péče je věnována pacientům s neurotickými poruchami (13), vysvětlení vzniku těchto poruch je podle různých autorů (Freud, Jung, Frankl) odlišné, ale všichni se shodují na tom, že neurotické poruchy vznikají působením psychických a sociálních vlivů na jedince. Dle WHO v evropském regionu narůstají rizikové faktory vedoucí k poruchám duševního zdraví (94), patří k nim celá řada vlivů, které bychom mohli obecně shrnout pod stresové faktory. Při působení stresem na lidský organismus dochází mj. k zhoršení funkce svalového systému a to zvl. ve smyslu zvýšení svalového tonu, jde o hypertonus na podkladě LS (9,33). To bývá častou příčinou vzniku bolestí zad. V oblasti psychiky vyvolává tento stav nepříjemné pocity napětí a diskomfortu, čímž vzniká bludný kruh neustálého prohlubování tohoto stavu. Tento bludný kruh je pro neurotické poruchy typický (74). Například vývoj panických poruch je následující: spouštěcí podnět → pocit ohrožení, úzkost → stresová reakce → tělesné projevy → interpretace pocitů za katastrofické → pocit ohrožení (22)...

Jednou z oblastí na lidském těle, kde se projeví vliv psychiky na svalový systém, je bez pochyby šíjové svalstvo, ať už díky mělkému hornímu dýchání, obranným gestům, či jiným mechanismům. Lidé hospitalizovaní v psychiatrické léčebně pro neurotickou poruchu ani nemusí v daný moment pociťovat potíže s páteří, jelikož jejich myšlenky v tyto chvíle se netýkají zrovna jejich tělesné schránce. Vystává tedy otázka, zda není právě prevence potíží s pohybovým aparátem, speciálně s CC symptomy, vhodná právě u této rizikové populace. Není tedy pravděpodobné, že i po odeznění psychických obtíží, může docházet k funkčním, či k strukturálním poruchám pohybového aparátu zvláště v místech problematické krční páteře? Často přicházejí lidé k individuální fyzioterapii s bolestmi v zádech a terapeut nalézá řadu difúzních příznaků, kdy nejde stanovit konkrétní diagnóza. Terapeut pátrá po příčině potíží a zjišťuje, že kámen úrazu může být právě v psychice pacienta. A proto rčení, správně odebraná anamnéza je stěžejní ve stanovení diagnózy, platí i v tomto případě. *W.Osler: „Je mnohem důležitější vědět, jaký pacient chorobou onemocněl, než jakou má pacient chorobu.“*

Během studia rehabilitace kantoři zdůrazňují, že fyzioterapeut musí být i psychoterapeutem, aby byl pacientovi schopen co nejlépe pomoci (26,66,82,89). Tento fakt studenti fyzioterapie během studií vstřebají a uvědomí si jej, ale bohužel jim není podána informace, jakým způsobem se stát současně fyzioterapeutem i dobrým psychoterapeutem. V konceptech všech

zdravotnických oborů je zařazen systém vzdělávání, včetně oboru fyzioterapie. Pravdou je, že obor fyzioterapie v současné době má tento systém povětšinou ve formě návrhů, ale to nebrání poukázat na to, že by bylo vhodné mezi specializované kurzy různých fyzioterapeutických metod zařadit i kurzy psychoterapeutické, určené pro fyzioterapeuty.

V návrhu základních doporučení fyzioterapeutické praxe je hlavním cílem WCPT zkvalitnění komplexní zdravotní péče zvyšováním úrovně fyzioterapeutického vzdělávání a praxe. Tento požadavek je obsažen i v Deklaraci principů WCPT. Domnívám se tedy, že by bylo účelné začlenit do systému vysokoškolského vzdělávání fyzioterapeutů předměty, jež by budoucí fyzioterapeuty učily komunikaci a psychoterapii. V průběhu mé praxe v PLB mne překvapilo, že ani zde fungující fyzioterapeuté nemají žádné cílené psychoterapeutické vzdělání, kromě absolvovaných přednášek v rámci PLB.

Jedním z cílů této práce bylo navrhnout změny, jež by zlepšily kvalitu poskytované péče v PLB v oblasti fyzioterapie. Jistě si pod kvalitou poskytované péče, představíme komplexní přístup k pacientovi. Snažila jsem se vypátrat, zda je tento často užívaný termín, komplexní péče, jasně charakterizován, abychom si pod ním mohli představit konkrétní činnosti. Lékařský slovník (91) charakterizuje výraz komplexní takto: soustavný, propojený (z hlediska více aspektů). Komplexní léčba kombinuje různé postupy a usiluje o zvládnutí jak vlastní nemoci, tak průvodních a souvisejících obtíží a eventuálně následků. Komplexní léčba, ale není standardizována. Vycházíme-li z faktu, že pohyb je jeden ze základních atributů pojmu zdraví, působící na ostatní funkce organismu, včetně funkcí psychických (koncepte fyzioterapie), měla by tedy být i celková léčba s pohybem (fyzioterapií) spojena. Snažila jsem se tento jednoduchý princip aplikovat na oblast psychiatrie, konkrétně na pavilon 3 v PLB. Způsobem jednoduchým a to včleněním se do terapeutického týmu. Tedy, aby fyzioterapie byla pro celý tým i komunitu klientů běžným článkem celkové terapie. Tento fakt za normálních okolností není v PLB příliš zdůrazňován, řada zdravotníků téměř ani neví, kdo fyzioterapeut je a co dělá (3). V současné době se pohybuje počet pacientů v PLB kolem 1300 na 16 primariátech, jež zahrnují celkem 35 pavilónů/stanic (1 pavilón má v průměru 40 lůžek) a fyzioterapeutů je pouze 11. Tedy fyzioterapie musí být indikována cíleně, fyzioterapeuté přechází za pacienty z jednoho oddělení na druhé a tím pádem nejsou bráni za plnohodnotné členy terapeutických týmů jednotlivých pavilónů.

Dle koncepce oboru psychiatrie z roku 2001, psychiatrie vychází z bio-psycho-sociálního modelu duševních poruch a mezi návrhy této koncepce patří i funkční propojení všech složek péče o osoby s duševními poruchami (13). Funkční propojení péče, zvláště v tak velkém

zařízení jako je PLB, je snahou postupnou a trvajícím řadu let. Myslím si, že jednou z možností, jak více integrovat fyzioterapii do komplexní péče o pacienty jednotlivých pavilónů, je stanovit vždy 1 fyzioterapeuta pro daný pavilón. Ten by se pak snažil začlenit se do jednotlivých terapeutických týmů, se snahou více komunikovat s ošetřujícím personálem, vysvětlovat tedy i personálu svou činnost, a tím si postupně vytvořit na pavilónu postavení opravdového člena týmu. Tímto nechci zcela kritizovat současný systém, jelikož částečně tato tendence na některých pavilónech již je a samozřejmě to není jen na fyzioterapeutovi, ale i na ostatním personálu. Dalo by se také namítnout, že zatím je fyzioterapeutů pro celé zařízení PLB velmi málo. Tedy v dalším návrhu bych doporučila vyčíslit „optimální“ počet fyzioterapeutů pro PLB, z hlediska potřeby fyzioterapie jednotlivých primariátů a stanic.

Důležitost začlenění fyzioterapeuta do terapeutického týmu považuji za účelné a důkazem pro to jsou i výše uvedené kazuistiky. Z nichž vyplynulo, že je podstatné pro poznání pacienta komunikovat s ošetřujícím personálem, nejen přes dokumentaci, ale i účastí na poradách týmu nad klienty a vlastní účastí fyzioterapeuta, alespoň na ranní komunitě. Individuální fyzioterapie pacientkám přinesla zejména informace o vlivu psychiky na jejich držení těla a způsobu dýchání, práci s tělem ve smyslu uvolnění celkového (tělesného i psychického) napětí a tím pádem i zlepšení vnímání aferentních signálů z vlastního těla. Což považuji za důležité a pacientky díky tomu dostaly „návod“, jakým způsobem zvládat některé krizové situace, jež se díky aktivaci LS promítají i do svalového systému, ve smyslu zvýšení svalového tonu, v našem případě zejména v oblasti šíje.

Tedy hypotézy této práce byly pravdivé. Individuální přístup fyzioterapeuta doposud nepovažuji za plnohodnotnou součást celkové terapie v PLB a fyzioterapeutický postup věnovaný problematice CC symptomům na psychiatrickém oddělení (pavilón 3) v PLB nesplňuje požadavky kladené na komplexní přístup za současného běhu oddělení fyzioterapie. A to především z důvodu toho, že fyzioterapeuté nejsou součástí týmů jednotlivých pavilónů a stojí stále na okraji celkové léčby a jejich komunikace s ošetřujícím personálem probíhá převážně přes dokumentaci. Tento stav, jak jsem již naznačovala výše, je zapříčiněn zejména nízkým počtem fyzioterapeutů v PLB. Tedy problém je i v oblasti financování těchto služeb. V PLB sice fyzioterapeut nedostává peníze za vykonanou práci dle bodového hodnocení výkonů zdravotní pojišťovnou, ale proplácení zdravotních služeb zde probíhá platbou za den. Přesto mne ale napadá otázka, pod jaký „kód“ bychom měli zařazovat mezioborovou spolupráci, tedy zvláště čas který je třeba ke konzultacím?

Problém financování psychiatrické péče již několikrát zazněl i v předchozích kapitolách, je zarážející, že prostředky věnované psychiatrii v ČR jsou oproti vyspělým státům EU poloviční. Z výročních zpráv WHO v posledních letech je často konstatováno, že duševní zdraví bylo příliš dlouhou dobu zanedbáváno. Má přitom zásadní význam pro spokojenost každého člověka, společnosti i země. V r. 2001 byla výroční zpráva WHO dokonce věnována pouze jedné skupině poruch zdraví – duševnímu zdraví a duševním nemocem. WHO doporučuje, aby bylo zajištěno adekvátní finanční krytí péče o duševní zdraví a aby byl věnován dostatek prostředků takto zaměřeným výzkumným projektům (6). Myslím si, že pokud bychom chtěli, aby byla oblast fyzioterapie plnohodnotnou součástí psychiatrické péče, bylo by třeba nejprve vytvořit profesní organizaci fyzioterapeutů, kteří pracují s duševně nemocnými, jak je tomu např. ve Velké Británii (Chartered Physiotherapists in Mental Healthcare). V současné době jsem žádnou takovou aktivitu v ČR nezaznamenala. Čím vším by se mohla taková organizace zabývat bych zde nechtěla rozebírat, mohl by to být však námět na další práci.

Předpokládám, že pokud se sami fyzioterapeuté nezačnou ozývat, že jsou součástí komplexní zdravotnické péče, jak tomu v ČR činí UNIFY, bude trvat dlouhou dobu než odborná i laická veřejnost pochopí přínos fyzioterapie. Jak si stojí fyzioterapie v psychiatrii, která je stále ještě označována za „Popelku“ mezi medicínskými obory? Jelikož fyzioterapie sama je tak trochu stále ještě „Popelkou“, její postavení, alespoň v PLB, jsem nenašla jako pevně zakořeněné a fungující především v kontextu s komplexním přístupem k pacientovi.

7 ZÁVĚR

Při řešení otázky, která se týká průběhu fyzioterapie v PLB u pacientů s CC symptomy, kteří jsou hospitalizováni na pavilónu 3 pro neurotickou poruchu, jsem využila nejprve rešeršního zpracování tématu a poté deskripce fyzioterapeutického postupu u pacientů, s již zmíněnou problematikou.

Rešeršní část se zabývá tématem CC symptomatiky, vztahové problematiky mezi psychikou a somatikou a tématem neurotických poruch. Deskriptivní část seznamuje čtenáře s chodem oddělení pavilónu 3 v PLB a oddělením fyzioterapie, její hlavní částí jsou kazuistiky pacientů, s nimiž jsem pracovala. Co z kazuistik vyplynulo je uvedeno v kapitole Shrnutí kazuistik. V diskusi byli potvrzeny stanovené hypotézy a provedena úvaha nad možností zlepšení kvality poskytované péče v PLB v oblasti fyzioterapie.

Jednou z otázek této práce bylo, zda péče o pacienty s neurotickou poruchou a s CC symptomy je opravdu komplexní, konkrétně zda fyzioterapie zde hraje nedílnou součást léčby. Z deskripce vyplynulo, že tomu tak zcela není, jelikož fyzioterapeuté v PLB, kromě studia dokumentace pacienta, s ošetřujícím terapeutickým týmem pravidelně jednotlivé případy pacientů nerozebírají. Výhoda začlenění fyzioterapeuta do terapeutického týmu a zlepšení komunikace jednotlivých odborníků spočívá hlavně v lepším poznání pacienta a tím pádem i usnadnění průběhu fyzioterapie i celkové léčby. To vyplynulo i z kazuistik, jelikož jsem s pacienty pracovala jako člen terapeutického týmu.

Cílem této práce bylo také navrhnout změny, které by zlepšily kvalitu poskytované péče v PLB v oblasti fyzioterapie. Aby byl fyzioterapeut řádným členem terapeutického týmu, bylo by třeba stanovit vždy 1 fyzioterapeuta pro daný pavilón. Ten by se pak snažil začlenit se do jednotlivých terapeutických týmů, se snahou více komunikovat s ošetřujícím personálem, vysvětlovat tedy i personálu svou činnost, a tím si postupně vytvořit na pavilónu postavení řádného člena týmu.

Problémem proč tomu tak není spatřuji převážně v nízkém počtu fyzioterapeutů v PLB. To je hlavně otázka financování poskytované zdravotnické péče v PLB. Dále pak i stále nevýrazné postavení oboru Psychiatrie v ostatních medicínských oborech, ale i prostředky věnované psychiatrii jsou v ČR již dlouhodobě nízké, nesrovnatelné s vyspělými evropskými státy (6,13).

Uvědomění si těchto souvislostí by mělo vést k zamyšlení kam směřuje česká psychiatrie a upozornit na četnost psychických poruch a zátěž, jakou společnosti přinášejí. Bylo by vhodné, aby se fyzioterapie účastnila v rozvoji pozitivní psychiatrie, jelikož častým uchazečem o fyzioterapii je člověk se svými zdary i nezdary a psychoterapeutický přístup je doménou nejen pro psychiatrii, ale i fyzioterapii.

8 POUŽITÁ LITERATURA

1. AMBLER, Z. *Neurologie : pro studenty lékařské fakulty*. Praha : Karolinum, 2001. ISBN 80-246-0080-3.
2. AMBLER, Z., JEŘÁBEK, J. *Diferenciální diagnóza závratí*. Praha : Triton, 2001. ISBN 80-7254-182-X.
3. BABKOVÁ, E. (vedoucí fyzioterapie v PLB) : ústní sdělení, Praha, 2006/2007.
4. BAREŠ, L. *Syndromy kraniovertebrálního přechodu*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1990. ISBN 80-201-0035-0.
5. BAŠTECKÝ, J., ŠAVLÍK, J., ŠIMEK, J. *Psychosomatická medicína*. Praha : Grada, 1993. ISBN 80-7169-031-7.
6. BAUDIŠ, P. Zápis o jednání semináře s tematikou : Česká Psychiatrie v 21. století: potřeby a realita. Psychiatrická společnost ČLS JEP pod záštitou předsedy Senátu MUDr. P. Sobotky. V Praze 8. března 2007. Dostupné z: <http://www.ceskapsychiatrie.cz/>
7. BAUDIŠ, Pavel. Nábor osob a údajů pro šetření duševního zdraví pravděpodobnostního výběru z dospělé populace České republiky. Praha : Iga MZ ČR, 2001. (Závěrečná zpráva o řešení grantu Interní grantové agentury MZ ČR).
8. BOGDUK, N., MERCER, S. Biomechanics of the cervical spine I: Normal kinematics. *Clinical Biomechanics*, 2000, vol. 15, s. 633-648.
9. CAPKO, J. *Základy fyziatrické léčby*. 1. vyd. Praha : Grada, 1998. ISBN 80-7169-341-3.
10. ČEMUSOVÁ, J. : ústní sdělení, FTVS UK Praha, 2006/2007.
11. ČEMUSOVÁ, J. Krční páteř ve vztahu k etiologii poruch krčního regionu. *Rehabilitace a fyzikální lékařství*, 2006, vol. 13, č. 1, s. 38-41.
12. ČEMUSOVÁ, J. Přednášky : Diferenciální diagnostika v oblasti krčí a hrudní páteře, FTVS UK Praha, 2006.
13. Česká psychiatrická společnost JEP. Koncepce oboru Psychiatrie. 2001. Dostupné z: <http://www.ceskapsychiatrie.cz/download/koncepce.doc>
14. ČIHÁK, R. *Anatomie I*. 2. vyd. Praha : Grada, 2001. ISBN 80-7169-970-5.
15. ČIHÁK, R. *Anatomie III*. 1. vyd. Praha : Grada, 1997. ISBN 80-7169-140-2.
16. DAVIS, M. The role of the amygdala in emotional learning. *International review of neurobiology*. New York : Academic Press, 2001, vol. 11, s. 240-249.

17. DOSTÁLEK, C. Hathajóga. Rehabilitace a fyzikální lékařství, č. 3, 1997, str. 106-108.
18. DUBIOSY, C. *Shiatsu – orientální terapie*. Praha : Pragma, 2000. ISBN 80-7205-748-0.
19. DYLEVSKÝ, I., DRUGA, R., MRÁZKOVÁ, O. *Funkční anatomie člověka*. 1. vyd. Praha : Grada, 2000. ISBN 80-7169-681-1.
20. FELDENKRAIS, M. *Feldenkraisova metoda : pohybem k sebeuvědomění*. Praha : Pragma, 1996. ISBN 80-7205-058-3.
21. HALADOVÁ, E., NECHVÁTALOVÁ, L. *Vyšetřovací metody hybného systému*. 2. vyd. Brno : Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2003. ISBN 80-7013-393-7.
22. HANUŠ, H. *Obecná psychiatrie*. Praha : Karolinum, 1997. 182 s. ISBN 80-7184-382-2.
23. HARRISON, D. E. at al.: Comparison of axial and flexural stresses in lordosis and three buckled configurations of the cervical spine. *Clinical Biomechanics*, 2001, 16, pp. 278-284.
24. HÁTLOVÁ, B. *Kinezioterapie : pohybová cvičení v léčbě psychických poruch*. 2. vyd. Praha : Karolinum, 2003. 167 s. ISBN 80-246-0719-0.
25. HÁTLOVÁ, B.: Studijní materiál k předmětu Psychorelaxační techniky, obsah přednášek, FTVS UK Praha, 2005.
26. HERMACHOVÁ, H.: Přednášky: „Forma-funkce-facilitace.“, FTVS UK Praha, 2005.
27. HERRMAN, H. MOODIE, R. SAXENA, S. Promoting Mental Health: Concepts, Evidence, Practice. Geneva: WHO. 2004. Dostupné z: http://www.who.int/mental_health/evidence/en/promoting_mhh.pdf
28. HOLLÝ, K., HORNÁČEK, K. *Hipoterapie: léčba pomocí koně*. Ostrava : Montanex , 2005. ISBN 80-7225-190-2.
29. HÖSCHL, C. *Psychiatrie*. 2. vyd. Praha : Tigris , 2004. ISBN 80-900130-7-4.
30. CHUDĚJOVÁ, P. Psychomotorická terapie. IV. Seminář kinezioterapie – Pohyb pro duševní zdraví. Praha : PLB. 16.6.2005.
31. CHVÁLA, V., TRAPKOVÁ, L.: *Rehabilitace jako součást komplexní terapie psychosomatických pacientů*. Rehabilitace a fyzikální lékařství, č. 2, 1996, str. 86-88.
32. JANDA, V. Cervikocervikální přechod. Rehabilitace a fyzikální lékařství, č. 1, 2002, s. 3-4.

33. JANDA, V.: *Differential diagnosis of muscle tone in respekt of inhibitory techniques*. Back pain, An international Review J. K. Paterson and L. Burn, London: Ed. Kluwer Acad. Press, 1999, ps. 196-199.
34. JANÉ-LLOPIS, E. Mental Health Promotion and Mental Disorder Prevention: A policy for Europe. Nijmegen: Radboud University Nijmegen. 2005. Dostupné z http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/pubs_mental_health_en.htm
35. JIROUT, J. Další studie vztahů atlas-axis při laterálním úklonu. Československá neurologie a neurochirurgie, 1981b, vol. 44/77, č.4, s.205-209.
36. JIROUT, J. Studie dynamických vztahů v segmentu atlas-axis. Československá radiologie, 1981a, vol. 35, č.5, s. 310-314.
37. JORDAN, B. D., TSAIRIS, P., WARREN, F. R. Sports Neurology. Second Edition Philadelphia, New York: Lippincott – Raven Publishers. 1998.
38. KACZMARSKÁ, A. Proudění mozkomíšního moku ve vztahu k pohybu v kraniocervikálním spojení. Diplomová práce. UK, FTVS. 2004.
39. KASÍK, J. a kol. Vertebrogenní kořenové syndromy. Diagnostika a léčba. 1. vyd. Praha : Grada, 2002. ISBN 80-247-0142-1.
40. KÁŠ, S. Neurologie v běžné lékařské praxi. 1. vyd. Praha : Grada, 1997. ISBN 80-7169-339-1.
41. KOLÁŘ, P.: *Pohyb se týká celého organismu, nejen svalů a kostí*. Zdravotnické noviny, č. 37, 2002, str. 16-17. ISSN 1214-7664.
42. Kolektiv autorů. Koncepce psychiatrické péče v ČR (návrh). ČaS Psychiatrie, roč. 93, Suplementum 2, 1997. s. 3-28.
43. KOUKOLÍK, F. Já. *O vztahu mozku, vědomí a sebeuvědomování*. 1. vyd. Praha : Karolinum, 2003. ISBN 80-246-0736-0.
44. KOUKOLÍK, F. *Mozek a jeho duše*. 2. vyd. Praha : Makropolus, 1997. ISBN 80-86003-08-6.
45. KRAEMER, M., PATRIS, A. Radio-functional analysis of the cervical spine using the Arlen method. A study of 699 subjects. Part two : Paradoxical tilting of the atlas. Journal of Neuroradiology, 1989, vol. 16, no. 1, s. 65-74.
46. KRATOCHVÍL, S. *Jak žít s neurózou: o neurotických poruchách a jejich zvládání* . 4. vyd. Praha : Triton, 2006 . ISBN 80-7254-553-1.
47. KRATOCHVÍL, S. *Skupinová psychoterapie v praxi* . 3. vyd. Praha : Galén, 2005. ISBN 80-7262-347-8.

48. KRATOCHVÍL, S. *Základy psychoterapie*. 2. vyd. Praha: Portál, 1998. ISBN 80-7178-280-7.
49. KŘIVOHLAVÝ, J.: *Jak zvládat stres*. 1. vyd. Praha: Grada Avicenum, 1994. 192 s. ISBN 80-7169-121-6.
50. KŘIVOHLAVÝ, J.: *Psychologie zdraví*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-12.
51. KUČEROVÁ, L., ZAPLETALOVÁ, O. Možnosti ovlivnění dysfunkce cervikokraniálního syndromu. *Rehabilitace a fyzikální lékařství*, 1996, č. 4, s. 169-170
52. LEWIT, K.: *Manipulační léčba v myoskeletální medicíně*. 5. vyd. Praha: Sdělovací technika, spol. s r. o. ve spolupráci s ČLS J. E. Purkyně, 2003. 411 s. ISBN 80-86645-04-5.
53. MACNAB, I. Symptoms in cervical discs degeneration. In: Sherk, HH., Dunn, EJ., Eismont, FJ., et al. *The Cervical Spine*. 2nd ed. Cervical Spine Research Society. Philadelphia: JB Lippincott, 1989, p. 599-606.
54. MARKOVÁ, E., BABIAKOVÁ, M. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1151-6.
55. MZČR Program Zdraví 21: Zpráva o plnění dlouhodobého programu zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR za rok 2005 včetně 21 cílů. Dostupné z: <http://mzcr.cz/index.php?kategorie=211>, posled. aktualizace 26.1.2007.
56. NEŠPOR, K.: *Uvolnění a s přehledem. Relaxace a meditace pro moderního člověka*. Praha: Grada, 1998. ISBN 80-7169-652-8.
57. OOSTERHUIS, H. Between Institutional Psychiatry and Mental Health Care: Social Psychiatry in The Netherlands, 1916–2000. *Medical History*, 2004, vol. 48, no. 4, s. 413–428. Dostupné z: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=546365>
58. PÁNEK, D. Přednáška: Diferenciální diagnostika bolestí v oblasti hlavy, FTVS UK Praha, 2006.
59. PETEROVÁ, Věra. *Páteř a mícha*. Praha : Galén , 2005. ISBN 80-7262-336-2.
60. PODĚBRADSKÝ, J., VAŘEKA I.: *Fyzikální terapie I*. 1. vyd. Praha: Grada, 1998. ISBN 80-7169-661-7.
61. PONĚŠICKÝ, Jan. *Neurózy, psychosomatická onemocnění a psychoterapie*. 2. vyd. Praha: Triton, 2004. ISBN 80-7254-459-4.
62. PROKEŠOVÁ, M. Terapie svalových spazmů: hypertonus. *Lékařské listy*, 2005, č. 29, s. 3-5. ISSN 1214-7664.

63. Přípravná skupina Psychiatrické společnosti ČLS JEP pro koncepci psychiatrické péče v Praze. „Koncepční východiska k systému péče o lidi psychiatrickým onemocněním v Praze“. Podkladový materiál pro Zdravotní výbor Zastupitelstva Hlavního města Prahy. Praha. 2003. Dostupné z: <http://www.capz.cz/dokumenty/#>
64. RABOCH, J. *Česká psychiatrie a svět*. 1. vyd. Praha: Galén, 2004. ISBN 80-7262-273-0.
65. RABOCH, J. *Ekonomické aspekty psychiatrické péče*. Praha, 2005. (Závěrečná zpráva o řešení grantu Interní grantové agentury MZ ČR)
66. RAŠEV, E. Přednášky: Speciální kineziologie, FTVS UK Praha, 2006/2007.
67. ROCK, C. M., PETAK-KRUEGER, S. *Agisticko-excentrické kontrakční postupy k ovlivnění funkčních poruch pohybového systému: techniky dle Dr. Brüggera*. Přel. D. Pavlů. 1. vyd. Brno: CERM, 2000. Přel. z: „Agistich-exzentrische Kontraktionsmaßnahmen gegen Funktionstörungen des Bewegungssystems“. ISBN 3-905407-01-9
68. RŮŽIČKA, J. *Péče o duši v perspektivách psychoterapie*. 1.vyd. Praha: Triton, 2003. ISBN 80-7254-312-1.
69. RYCHLÍKOVÁ, E. Manuální medicína. Průvodce diagnostikou a léčbou vertebrogenních poruch. 2. vyd. Praha: Maxdorf, 1997. ISBN 80-85800-46-2.
70. SCHREIBER, V.: *Lidský stres*. 2. vyd. Praha: Akademie věd České republiky, 2000. 106 s. ISBN 80-200-0240-5.
71. Slovník psychiatrických termínů. Praha: Psychiatrické centrum, 1998. ISBN 80-85121-78-6.
72. SMEJKALOVÁ, K. Specifická psychoterapie u hospitalizovaných klientů s neurózou
73. SMÉKAL, D. Sdružené pohyby páteře. Fyzioterapie [online], vydáno 29.2.2000, ročník 1, číslo 1; Dostupné z: <http://risc.upol.cz/>
74. STACKEOVÁ, D. Psychosomatika ve fyzioterapii. Psychosomatická medicína, III. roč, č.5, 2005. ISSN 1214-6102
75. STITZEL, C. J., Morningstar, M. W., Paone, P. R. The effects of bide line deviation on lateral cervical radiographs when upper cervical dysfunction exists : A pilot study. Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics, 2003, vol. 26, no.7
76. SYŘIŠTOVÁ, E. *Člověk v kritických životních situacích*. 2. vyd. Praha : Univerzita Karlova, 1994. ISBN 80-7066-901-2.

77. SZO, Evropa. Deklarace o duševním zdraví pro Evropu. Čelit výzvám, nalézat řešení. Evropská konference ministrů k otázkám duševního zdraví pořádaná SZO, Evropa: Finsko, Helsinky 12.-15. leden 2005. Dostupné z: <http://www.capz.cz/dokumenty/#>
78. ŠIMÁKOVÁ, T. Problematika psychofyzické rovnováhy. Bakalářská práce. FTVS, UK. 2005.
79. ŠKODA, C. Duševní zdraví obyvatel ČR z pohledu spotřeby zdravotnických služeb včera, dnes a zítra . 1. vyd . Praha : Psychiatrické centrum , 1996. ISBN 80-85121-76-X.
80. ŠKODA, C. Kvantifikace důsledků transformace zdravotnictví na poskytování psychiatrické péče v ČR. Ekonomické aspekty . Praha : Iga MZ ČR , 1996. (Závěrečná zpráva o řešení grantu Interní grantové agentury MZ ČR).
81. ŠKODA, C. Neurózy a jejich výskyt v populaci. Praha : Psychiatrické centrum, 1999. (Zprávy, č. 126). ISBN 80-85121-91-3.
82. ŠVEJCAR, P. Přednášky: Speciální kineziologie. FTVS UK Praha, 2006/2007.
83. VALUCH, J. *Neurotechnologie. Mozek a souvislosti*. 3. vyd. Praha: Galaxy, 1998. ISBN 80-238-5886-6.
84. VAN MAMMEREN, H. Cervical spine motion in sagittal plane I: range of motion of actually performed movements, an X-ray cineradiographic study. Eur J Morphol 1990, vol. 28, s. 47-68.
85. VAŘEKOVA, J.: Problematika psychofyzické rovnováhy – historický pohled a současné možnosti ve fyzioterapii. Rehabilitace a fyzikální lékařství, č. 2, 2000, str. 78-81.
86. VAVRUŠOVÁ, L. Depresia – spúšťací faktor narušenia neuroplasticity? In : Psychiatrie pro praxi, vol. 1, 2004, s. 20-22.
87. VÉLE, F. Kineziologie posturálního systému. 1. vyd. Praha : Karolinum, 1995. ISBN 80-7184-100-5.
88. VÉLE, F. Kineziologie pro klinickou praxi. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 1997. 272s. ISBN 80-7169-265-5.
89. VÉLE, F. Kineziologie. Přehled klinické kineziologie a patokineziologie pro diagnostiku a terapii poruch pohybové soustavy. 2. vyd. Praha: Triton, 2006. ISBN 80-7254-837-9.
90. VÉLE, F. *Účelové řízení pohybu v rehabilitaci*. Mezinárodní konference „Pohyb a zdraví“ , Olomouc 11. - 14. září 1999.

91. VOKURKA, M., HUGO, J. *Velký lékařský slovník*. 6. vyd. Praha : Maxdorf, 2006. ISBN 80-7345-105-0.
92. VYMĚTAL, J.: *Úvod do psychoterapie*. 2. vyd. Praha : Grada, 2003. 264 s ISBN 80-247-0253-3.
93. WHITE, A., PANJABI, MM. *Clinical biomechanics of the spine*. 2nd ed. Philadelphia: JB Lippincott, 1990
94. WORLD HEALTH ORGANIZATION, Media centre. *Mental health: strengthening mental health promotion*. Published 26.1. 2006. Dostupné z:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/en/>
95. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders: Diagnostic Kriteria for Research*. Geneva : WHO, 1993.
96. YALOM, Irvin D. *Teorie a praxe skupinové psychoterapie*. Hradec Králové : Konfrontace, 1999. ISBN 80-86088-05-7.

9 SEZNAM ZKRATEK

a.	artérie
ADL	activities of daily living
AO	atlantookcipitální
BMI	Body mass index
bpn	bez patologického nálezu
C	krční, cervikální
CC	cervikokraniální
CMP	Cévní mozková příhoda
Cp	krční páteř
DKK	dolní končetiny
EKG	elektrokardiografie
EMG	elektromyografie
HAZ	hyperalgická zóna
HKK	horní končetiny
HSS	Hluboký stabilizační systém
KBT	kognitivně behaviorální terapie
lig.	ligamentum
Lp	bederní páteř
LS	limbický systém
m.	musculus
PIR	postizometrická relaxace
PLB	Psychiatrická léčebna Bohnice
PNF	proprioceptivní neuromuskulární facilitace
RP	rozsah pohybu
SCM	m. sternocleidomastoideus
Thp	hrudní páteř
TIA	tranzitorní ischemická ataka
VAS	vertebroalgický syndrom

10 SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK

Seznam obrázků

Obr. 1	Kraniovertebrální spojení, pohled zepředu.....	s.15
Obr. 2	Podélný řez kraniovertebrálním spojením.....	s.16
Obr. 3	Krátké subokcipitální svaly.....	s.17
Obr. 4	Průběh a. vertebralis a I. míšního nervu.....	s.21
Obr. 5	Rotace C1-C2.....	s.22
Obr. 6	Bolestivé body na temporální krajině.....	s.25
Obr. 7	Hlavní útvary limbického systému.....	s.36

Seznam tabulek

Tab. 1	Cíl 6: zlepšení duševního zdraví.....	s.75-76
--------	---------------------------------------	---------